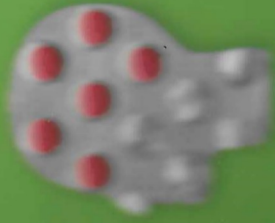




«Os tratamentos não resultam. Isso não tem solução.»
Até há pouco tempo, esta era ainda a ideia dominante em relação às doenças mentais. Mais que isso:

as doenças mentais eram, a maioria das vezes, associadas a preconceitos e mitos e não havia, sequer, a ideia de que se tratava de uma questão de saúde. Em 2018, de que falamos, quando falamos de saúde mental em Portugal?

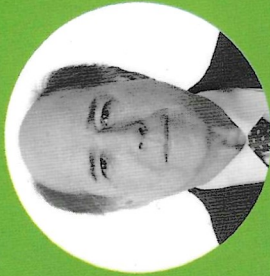
Num ensaio que se preocupa especialmente, mas não apenas, com a realidade portuguesa, traça-se a evolução dos conceitos de saúde mental e doença mental, faz-se a história do progresso científico, do tratamento e da prevenção, e a síntese dos mais recentes conhecimentos sobre causas, diagnósticos e impactos – físicos, sociais e humanos – da doença mental, um dos principais desafios da saúde pública no século XXI.



A saúde mental dos portugueses

João Miguel Cabral de Almeida





José Miguel Caldas de Almeida

É Professor Catedrático jubilado de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Dirige o Lisbon

Institute of Global Mental Health. Conduziu múltiplos projetos científicos, sobretudo nas áreas

da epidemiologia psiquiátrica e da investigação de serviços. Foi Coordenador Nacional para a

Saúde Mental e responsável pela implementação do Plano Nacional de Saúde Mental, entre

2008 e 2011. Entre 2000 e 2006 trabalhou em

Washington DC como Coordenador do Programa de Saúde Mental da OMS para as Américas e,

entre 2013 e 2016, coordenou a EU Joint Action sobre "Mental Health and Wellbeing".

Ensaio da Fundação

Na seleção de temas a tratar, a coleção

Ensaio da Fundação obedece aos princípios estatutários da Fundação Francisco Manuel

dos Santos: conhecer Portugal, pensar o país e contribuir para a identificação e para a

resolução dos problemas nacionais, assim como promover o debate público. O principal

desígnio desta coleção resume-se

em duas palavras: pensar livremente.

A saúde mental dos Portugueses

José Miguel Caldas de Almeida



Largo Monterroio Mascarenhas, n.º 1, 7.º piso
1099-081 Lisboa
Telf: 21 001 58 03
ffms@ffms.pt

Director de publicações: António Araújo
Título: A saúde mental dos Portugueses
Autor: José Miguel Caldas de Almeida
Revisão de texto: Susana Vieira
Design e paginação: Guidesign
Impressão e acabamento: Guide – Artes Gráficas, Lda.

© Fundação Francisco Manuel dos Santos, José Miguel Caldas de Almeida
Maio de 2018

Depósito Legal n.º 439 640/18

As opiniões expressas nesta edição são da exclusiva responsabilidade do autor e não vinculam a Fundação Francisco Manuel dos Santos. Este livro está redigido segundo o Acordo Ortográfico de 1990. A autorização para reprodução total ou parcial dos conteúdos desta obra deve ser solicitada ao autor e ao editor.

9	Introdução
13	I. Não há saúde sem saúde mental
47	II. Epidemiologia das perturbações mentais em Portugal
61	III. O bem-estar mental dos portugueses
65	IV. Cuidados de saúde mental em Portugal
93	V. Impacto da crise económica na saúde mental em Portugal
103	VI. Políticas, planos e legislação de saúde mental em Portugal
III	VII. Desafios para o futuro
117	Glossário breve de perturbações psiquiátricas
123	Referências bibliográficas

Siglas e Acrónimos

- CCISM Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental
CE Comunidade Europeia
CHPL Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
CHUC Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
CID-10 Classificação Internacional de Doenças (da OMS)
CRPD *Convention of the Rights of Persons with Disabilities*
(Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Incapacidades)
CSP Cuidados de Saúde Primários
DALY *Disability-Adjusted Life Year* (Anos de Vida Ajustados à Incapacidade)
DDD *Defined Daily Dose* (Dose Diária Definida)
DGS Direção-Geral da Saúde
DHD Dose Diária Definida por 1000 Habitantes e por Dia
DL Decreto-Lei
DSM *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual de Diagnóstico e Estatísticas das Perturbações Mentais)
EEA *European Economic Area* (Espaço Económico Europeu)
ERS Entidade Reguladora da Saúde
FCM/UNL Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa
GBD *Global Burden of Diseases* (Carga Global da Doença)
INE Instituto Nacional de Estatística
INFARMED Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
OMS Organização Mundial da Saúde (WHO)
ONG Organização Não Governamental
PNSM Programa Nacional para a Saúde Mental
RCM Resolução do Conselho de Ministros
RNCCISM Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental
UE União Europeia
UNL Universidade Nova de Lisboa
WHO *World Health Organization* (Organização Mundial de Saúde)
YLD *Years Lived with Disability* (Anos Vividos com Incapacidade)

Introdução

Ao longo dos tempos, os problemas de saúde mental foram subvalorizados e negligenciados em todo o mundo. O estigma, os preconceitos e os medos associados às doenças mentais explicam, em grande parte, esta subalternização da área da saúde mental e ajudam a entender porque é que, com tanta frequência, as pessoas que sofrem de doenças mentais têm sido vítimas das mais variadas formas de discriminação e exclusão social.

Esta situação, porém, está a mudar: uma maior consciência de que a saúde mental é uma componente essencial da saúde tem vindo a registar-se nos últimos anos a nível global. O Relatório Mundial da Saúde de 2001 (WHO, 2001), dedicado à saúde mental, representou um marco fundamental neste processo. O seu título – “Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança” – anunciava de forma clara o que estava na base desta mudança e o que autorizava uma nova esperança: o progresso do conhecimento.

Na verdade, foi o progresso do conhecimento científico que, ao permitir uma melhor compreensão da natureza e das causas das doenças mentais, veio demonstrar que os preconceitos e os medos que alimentam o estigma associado às doenças mentais não passam de ideias erradas sem qualquer fundamento. Foi o progresso científico que abriu caminho ao desenvolvimento de novas terapêuticas que provaram que a ideia da incurabilidade das doenças mentais – a maior fonte do estigma – era

afinal falsa. Foi ainda o novo conhecimento resultante dos avanços registados a nível da epidemiologia psiquiátrica que mostrou que as doenças mentais não só são muito frequentes em todas as partes do mundo, como constituem uma das principais causas de incapacidade, representando uma enorme carga para a sociedade.

O Relatório Mundial de 2001 foi apenas um primeiro passo. Muitos outros se sucederam desde então. A Organização Mundial da Saúde, em particular, promoveu um conjunto de iniciativas que aumentaram de forma progressiva a informação existente sobre aspetos essenciais da saúde mental, das doenças mentais e do bem-estar a nível dos diferentes países, e, em 2013, lançou o primeiro Plano de Ação Mundial para a Saúde Mental, através do qual todos os países se comprometeram a colaborar com o objetivo de se alcançarem várias metas específicas até 2020.

Juntando-se a este esforço, a União Europeia iniciou, também em 2013, uma Ação Conjunta (*Joint Action*), envolvendo os diversos Estados-Membros, que levou à aprovação em 2016 de uma Estratégia Europeia para a Saúde Mental e o Bem-Estar.

Mais recentemente, reconhecendo o papel essencial da saúde mental para a coesão social, o progresso económico e o desenvolvimento sustentável dos países, o Banco Mundial organizou, durante a sua reunião da primavera de 2016, uma conferência dedicada ao tema, o *World Economic Forum* promoveu, no mesmo ano, um estudo sobre os fatores estruturais que impedem o progresso da saúde mental a nível mundial, e revistas, como *The Economist*, produziram relatórios sobre a saúde mental.

Entretanto, no campo científico, grandes programas de financiamento de nova investigação em saúde mental global foram promovidos por diversas entidades internacionais, tais

como o *National Institute of Mental Health*, nos Estados Unidos, e o *Wellcome Trust*, no Reino Unido, tendo-se ainda verificado o lançamento de várias iniciativas para promover a publicação de trabalhos de referência nesta área (e. g., *The Lancet Series on Global Mental Health*).

Todos estes desenvolvimentos não poderiam deixar de se refletir nas políticas adotadas pelos países. Na verdade, cada vez mais são os Estados que incluem a saúde mental entre as prioridades das suas políticas de saúde.

Em Portugal, alguns desenvolvimentos ocorridos nos últimos anos indicam que uma maior consciência da real importância da saúde mental começa também, pouco a pouco, a existir a nível dos decisores políticos. Alguns progressos importantes verificaram-se, ao mesmo tempo, na produção e disseminação de novo conhecimento sobre a situação da saúde mental em Portugal na última década. Além do “Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental”, terminado em 2010, vários outros trabalhos recentemente publicados deram contribuições valiosas para o conhecimento da nossa realidade no que diz respeito à prevalência e ao impacto dos problemas de saúde mental e à forma como estes são tratados em Portugal.

As condições estão, portanto, criadas para que uma discussão mais alargada das grandes questões da saúde mental – por exemplo, a carga das doenças mentais, as dificuldades de acesso a cuidados de qualidade, as desigualdades e a saúde mental, a saúde mental e os direitos humanos, a saúde mental e a coesão social – possa efetivamente ter lugar em Portugal.

O principal objetivo deste ensaio é contribuir para esta discussão.

No primeiro capítulo, de carácter introdutório, discutimos o que se entende por saúde mental, doença mental e problemas

de saúde mental, quais as suas causas, quais as associações entre perturbações mentais e doenças físicas, quais os impactos e as consequências das perturbações mentais e as relações entre saúde mental e direitos humanos.

O segundo capítulo é dedicado à análise dos dados existentes sobre as doenças mentais na população portuguesa, nomeadamente no que diz respeito à prevalência, à gravidade, a determinantes, ao impacto em termos de incapacidade, à diminuição de produtividade e aos custos económicos, enquanto no terceiro capítulo fazemos um resumo dos dados relativos ao bem-estar dos portugueses.

O quarto capítulo é dedicado aos cuidados que as pessoas com problemas de saúde mental recebem em Portugal. Depois de descrever e analisar a forma como estão organizados os serviços de saúde mental, discutimos os dados disponíveis sobre as atividades desenvolvidas pelos serviços, a sua qualidade e a sua acessibilidade, terminando com uma análise de dados relacionados com o uso de psicofármacos.

Dada a estreita associação dos fatores socioeconómicos com a saúde mental, incluímos um capítulo, o quinto, dedicado à análise dos dados já publicados sobre os efeitos da recente crise económica na saúde mental dos portugueses.

Finalmente, nos dois últimos capítulos abordamos as questões relacionadas com as políticas, os planos e a legislação de saúde mental no nosso país e discutimos os principais desafios que se colocam em relação à melhoria da saúde mental dos portugueses.

I. Não há saúde sem saúde mental

I. Saúde mental, perturbações mentais e problemas de saúde mental

A saúde mental, de acordo com a OMS, é “um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades próprias, pode manejar as dificuldades normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutuosa, e é capaz de prestar uma contribuição para a sua comunidade” (WHO, 2016).

A este estado de saúde mental (também denominado saúde mental positiva e bem-estar mental) contrapõem-se as diversas doenças mentais, que geralmente causam sofrimento psíquico e perturbam as capacidades relacionais e produtivas de quem delas sofre. No entanto, da mesma forma que, tal como referido na Constituição da OMS, a saúde em geral não é “a mera ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 2006), a componente mental do processo dinâmico que é a saúde não é apenas a ausência de doença mental. É um estado que envolve bem-estar, que geralmente se encontra associado à ausência de patologia mental, mas que vai para além desta, envolvendo de forma significativa capacidades positivas resultantes do exercício das diversas funções mentais do ser humano. A ausência de doença mental contribui para a saúde mental mas não assegura, por si só, uma

boa saúde mental. Por outro lado, uma pessoa pode padecer de uma doença mental, e ter, pelo menos em algumas fases da sua vida, alguma saúde mental.

A saúde mental é, por vezes, vista como algo separado da saúde física. Esta ideia, contudo, não corresponde à realidade. Como repetidamente tem sido defendido pela OMS, sem saúde mental não pode haver verdadeira saúde (WHO, 2005). A existência de estreitas relações entre perturbações mentais e várias doenças físicas tem sido reiteradamente comprovada: a depressão surge muitas vezes associada a diabetes e a doença coronária, a ansiedade coexiste frequentemente com hipertiroidismo, e muitos outros exemplos desta associação poderiam ser citados. Há também evidência de que as pessoas com maior morbilidade psiquiátrica apresentam uma maior utilização de serviços de saúde e um maior recurso a exames complementares de diagnóstico.

Os estudos epidemiológicos mostram igualmente que muitas pessoas procuram cuidados de saúde por queixas emocionais e queixas físicas associadas a sintomas de ansiedade e depressão, ainda que estes sintomas não atinjam a intensidade ou a duração suficientes para que se possa falar de doenças psiquiátricas, de acordo com os critérios de diagnóstico internacionalmente aceites. Nestes casos, pode dizer-se que as pessoas sofrem de problemas psicológicos ou emocionais mas não propriamente de doenças mentais.

Existem igualmente relações importantes entre saúde mental/doenças mentais e comportamentos. Muitas perturbações mentais manifestam-se através de alterações do comportamento (por exemplo, as perturbações obsessivo-compulsivas manifestam-se por rituais ou atos compulsivos, e as depressões podem manifestar-se por inibição motora). Por outro lado, é frequente

que doenças mentais ou perturbações emocionais subclínicas estejam associadas a comportamentos que representem riscos sérios para a saúde. Muitas pessoas com depressão e ansiedade apresentam consumos abusivos de álcool e outras substâncias, comportamentos sexuais de risco podem ser facilitados por diversos problemas de saúde mental, situações de violência doméstica associam-se muitas vezes a perturbações de personalidade ou a outras perturbações mentais.

Em suma, o campo da saúde mental é muito vasto e integra fenómenos de natureza diversa. Inclui a chamada saúde mental positiva, que constitui a base do bem-estar mental, do funcionamento efetivo e da capacidade relacional dos indivíduos. Inclui as doenças mentais ou psiquiátricas, que são entidades patológicas caracterizadas por um conjunto de sintomas e sinais psicológicos e comportamentais associados a sofrimento psíquico e, muitas vezes, também a incapacidades de várias ordens, que surgem como a manifestação de uma disfunção psicológica, comportamental ou biológica e que não constituem uma mera resposta culturalmente adequada a um evento particular. E inclui ainda problemas de saúde mental relacionados com situações que envolvem algum sofrimento psíquico, embora não cumpram os critérios definidos para o diagnóstico de uma doença mental – trata-se do caso, por exemplo, de uma pessoa que tem sintomas de depressão ou de ansiedade num contexto especialmente difícil da sua vida, mas sem que estes sintomas tenham o grau de severidade ou de duração suficiente para se poder fazer um diagnóstico de doença.

As entidades patológicas do campo da saúde mental podem ser referidas como perturbações mentais ou psiquiátricas ou como doenças mentais ou psiquiátricas. Neste livro usaremos preferencialmente os termos de perturbação mental ou doença mental.

Uma forma pragmática de agrupar as perturbações mentais é começar por distinguir as chamadas perturbações mentais comuns das chamadas perturbações mentais graves. As primeiras incluem, fundamentalmente, as perturbações de ansiedade, as perturbações do humor ou afetivas, as perturbações do controlo dos impulsos e as perturbações de uso de álcool e outras substâncias, e têm duas características em comum: encontram-se com relativa frequência na população em geral e nas populações que procuram cuidados de saúde, e não se fazem acompanhar, em regra, de alterações graves.

Ao ouvir a descrição dos sintomas destas perturbações, a grande maioria das pessoas facilmente se recorda de familiares, amigos e colegas que apresentam ou apresentaram queixas que parecem coincidir com esses quadros. Um número significativo das pessoas poderá até reconhecer nessas descrições sintomas e sinais que tenham sido pessoalmente experimentados em algum ou em alguns períodos das suas vidas.

As perturbações mentais graves, por seu turno, correspondem a situações de maior gravidade, que envolvem com frequência sintomas psicóticos (por exemplo, ideias delirantes, alucinações, afastamento da realidade, ausência de consciência patológica) e incapacidade significativa a nível das atividades diárias e profissionais. As mais frequentes são a esquizofrenia e a doença bipolar (no passado, denominada psicose maniaco-depressiva).

Claro que esta divisão não abarca todas as situações de perturbação mental. De fora ficam, por exemplo, as perturbações mentais orgânicas (estados confusionais agudos e demências), as perturbações do comportamento alimentar e as perturbações do desenvolvimento.

As perturbações mentais, no seu conjunto, têm uma prevalência elevada a nível da população em todo o mundo. Na Europa,

por exemplo, um estudo epidemiológico realizado em dez países mostrou que 13,2% dos adultos tinham tido uma perturbação mental nos 12 meses anteriores. As perturbações com prevalências mais elevadas foram a depressão e a fobia específica, com 4,6 e 5,5% de casos, respetivamente. Seguiram-se a perturbação de stress pós-traumático e a fobia social, ambos com 1,7%. Apenas 1,1% dos entrevistados relataram uma história de perturbação de abuso de álcool. A prevalência estimada de 12 meses de uma perturbação mental grave foi de 3,3%, o que implica que cerca de 25% dos inquiridos com uma perturbação mental pudessem ser classificados como graves (Bruffaerts *et al.*, 2011).

A prevalência de perturbações mentais varia de forma significativa de país para país. Na Europa, de acordo com os resultados no estudo acima referido, os valores mais baixos (entre 5 e 10% de prevalência nos últimos 12 meses) foram encontrados em países do sul e do leste da Europa (Bulgária, Espanha, Itália, Roménia). Alemanha, Bélgica, França e Holanda mostraram prevalências entre 10 e 20%. Valores acima de 20% apenas foram encontrados em Portugal e na Irlanda do Norte. O nosso país, como veremos em maior detalhe mais adiante, é, portanto, um caso singular no que se refere à prevalência de perturbações mentais. Por um lado, porque tem uma prevalência surpreendentemente elevada; por outro, porque apresenta um perfil completamente diferente dos outros países do sul da Europa.

O suicídio é muitas vezes abordado em conjunto com as perturbações mentais, dado estar frequentemente associado à depressão e às perturbações mentais em geral. Isto não significa que o suicídio seja uma perturbação mental ou que tenha de estar sempre ligado a perturbações mentais. O suicídio é um fenómeno extremamente complexo, com múltiplas causas, e associado a um largo leque de determinantes.

Dito isto, é verdade que as pessoas que sofrem de perturbação mental estão entre os grupos de mais alto risco de suicídio. Muitos estudos mostram que a depressão é o principal fator de risco para o comportamento suicidário: quase 15% das pessoas com depressão maior morrem por suicídio, e 59-87% das pessoas que se suicidam têm depressão maior no momento de seu suicídio (Rihmer, 2007).

O suicídio é a causa de 57% de todas as mortes violentas, a nível mundial, mais do que as mortes causadas por guerras e homicídios, em conjunto. Nos países da União Europeia, 63 000 pessoas morrem por suicídio em cada ano (WHO, 2014-a). As taxas de suicídio variam muito de país para país e até de região para região. Nos países da União Europeia, em 2011, a taxa de suicídio foi de 11,6/100 000 habitantes, sendo muito mais elevada no sexo masculino do que no feminino – 19,3/100 000 entre os homens e 4,9/100 000 entre as mulheres (Eurostat, 2014).

Estima-se que o número de tentativas de suicídio é 10-15 vezes mais elevado do que o de suicídios letais. Para cada adulto que morreu de suicídio, pode ter havido outras 20 pessoas que tentaram suicidar-se (OMS, 2014-a).

2. Determinantes da saúde mental

Os avanços da ciência nas últimas décadas contribuíram para aumentar significativamente a nossa compreensão do papel dos fatores genéticos e de outros fatores biológicos na saúde mental das pessoas e, em particular, na génese e evolução das diversas perturbações mentais que as podem afetar. O mesmo ocorreu em relação à influência dos fatores psicológicos, sociais, económicos e culturais, que provaram ser determinantes importantes da saúde mental e das perturbações mentais.

O desenvolvimento da ciência veio também evidenciar as limitações das abordagens reducionistas e dos modelos de causalidade linear para a compreensão das perturbações mentais. O chamado modelo biopsicossocial consagrou, nos anos 60, a necessidade de se tomar em consideração a importância de fatores biológicos, psicológicos e sociais em todas as abordagens sobre estas perturbações.

Para o paradigma científico atual, porém, o importante não é apenas reconhecer a relevância dos vários tipos de fatores. O que sabemos hoje é que a saúde mental e as perturbações mentais resultam de uma interação complexa entre fatores biológicos e ambientais. Antigos dilemas, como os de natureza *versus* ambiente ou *orgânico versus* psicológico, sabe-se hoje, são afinal falsos dilemas. No caso de algumas doenças mentais, um determinado fator genético pode ser um determinante importante para a eclosão da doença, mas em alguns casos o seu efeito patogénico só se torna efetivo se um determinado contexto social o ativar. Por outro lado, experiências sociais, como por exemplo a interação que ocorre numa intervenção psicoterapêutica, podem ter efeitos estruturais a nível do cérebro, que resultam em mudanças a nível psicológico.

Em alguns tipos de doença mental os fatores genéticos são os principais determinantes do adoecer, enquanto noutros tipos de doença são os traumatismos e as perdas que vão acontecendo ao longo da vida que têm a maior responsabilidade no aparecimento da perturbação mental. Na maioria dos casos, contudo, há sempre uma conjugação variável de fatores diversos, atuando como fatores causais, predisponentes ou perpetuantes da perturbação em causa.

A multifatorialidade dos determinantes das perturbações mentais tem implicações importantes na seleção das estratégias

de tratamento para as diversas perturbações mentais. Neste domínio, os avanços alcançados a partir dos anos 60, no desenvolvimento de medicamentos de efetividade comprovada no tratamento de doenças psiquiátricas, são indiscutíveis. O progresso das neurociências nos últimos 20 anos é igualmente inegável. No entanto, estes progressos não se traduziram ainda na criação de novos medicamentos radicalmente diferentes, com uma eficácia significativamente superior à dos da primeira geração. Os antidepressivos e antipsicóticos da segunda geração têm efeitos secundários menores ou diferentes, mas, com algumas exceções, a sua efetividade não é superior à dos anteriores.

Infelizmente, apesar dos enormes investimentos nestes medicamentos, não há evidência de que a morbilidade e a mortalidade associadas a estas doenças tenham diminuído significativamente nas últimas décadas. Por outro lado, parece pouco provável que o desenvolvimento de novas medicações baseadas em modificações das medicações existentes venha trazer mudanças radicais na nossa capacidade de responder aos problemas de muitas das pessoas que sofrem de doença mental, existindo, por esta razão, uma necessidade premente de se desenvolver uma terceira geração de medicamentos que tenham uma efetividade francamente superior à dos atualmente disponíveis.

Neste contexto, os novos conhecimentos sobre a fisiopatologia das doenças mentais, que estão a emergir a partir das abordagens recentes sobre estas doenças como perturbações do desenvolvimento com base genética complexa, constituem a nossa melhor esperança de que a nova geração de tratamentos pela qual todos esperamos venha a ser uma realidade. Os avanços que poderão ocorrer na próxima década, a nível das neurociências e, em particular, da psicofarmacologia, podem vir a constituir uma oportunidade única de se dar um salto

qualitativo importante na luta contra as doenças mentais. Para isso, no entanto, será porventura necessário que, tal como defendido por Tom Insel, diretor, até 2015, do National Institute of Mental Health dos Estados Unidos, e um dos mais prestigiados neurocientistas a nível mundial, um novo paradigma na investigação das doenças mentais venha a emergir das dificuldades atuais (Insel, 2010-a).

Este novo paradigma certamente envolverá mudanças profundas nas bases da investigação biológica, mas terá de ir ainda mais longe, de modo a abrir caminho a uma articulação entre determinantes biológicos e determinantes psicossociais, que tem faltado no passado, na investigação e no tratamento das doenças mentais. Como afirma Insel, “apesar de vários estudos de larga escala terem demonstrado uma efetividade equivalente de antipsicóticos e antidepressivos da primeira geração, disponíveis sob a forma de genéricos, compostos mais caros continuam a deter a parte maioritária do mercado. Mas para além do sucesso evidente do *marketing* de medicamentos específicos, o que será talvez mais preocupante é o esquecimento relativo de intervenções não farmacológicas efetivas tais como terapias cognitivo-comportamentais para perturbações do humor e de ansiedade, ou de intervenções psicossociais para a esquizofrenia. Numerosos estudos demonstraram a efetividade destas intervenções e o seu uso foi recomendado nas orientações de prática clínica [...]; apesar disso, elas são lamentavelmente subutilizadas e frequentemente não reembolsadas” (Insel, 2010-b).

Parece assim legítimo concluir que, no futuro, será necessário recenrar os cuidados de saúde mental numa abordagem integrada dos doentes, reconhecendo a individualidade própria e as necessidades específicas de cada um, promovendo o diálogo científico entre as diferentes perspetivas teóricas e clínicas

e utilizando de uma forma racional as potencialidades terapêuticas existentes em cada momento. Como veremos em maior detalhe noutros capítulos deste livro, esta perspectiva, apoiada pela evidência científica, é a que enforma o Plano Global de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde, aprovado em 2013 (OMS, 2013) e as Linhas de Ação Estratégica para a Saúde Mental e o Bem-Estar na Europa (EC, 2016).

Outra conclusão a retirar do conhecimento atual sobre os determinantes da saúde mental é a necessidade de se apostar mais decididamente na investigação multidisciplinar nesta área e de se adotarem políticas que tomem em consideração o conhecimento disponível sobre o papel dos fatores sociais na gênese e evolução dos problemas de saúde mental.

O que sabemos neste campo é já muito. Os estudos publicados sobre os determinantes sociais da saúde mental têm crescido de forma muito significativa nos últimos anos, em número e em qualidade.

Uma revisão recente da literatura, efetuada entre nós (Silva *et al.*, 2016), mostra que temos hoje evidência ampla e robusta de uma associação significativa e independente entre pior saúde mental e diversas variáveis sociais e económicas de nível individual. Pobreza, baixo estatuto social e económico, baixo nível de educação, desemprego, preocupações financeiras, isolamento social e habitação deteriorada são algumas das variáveis cuja influência na saúde mental tem sido mais estudada e mais comprovada.

Um grande número de estudos revela também um impacto significativo das condições socioeconómicas dos bairros onde as pessoas vivem e do capital social na saúde mental e na prevalência de perturbações mentais. O capital social, entendido como alguns aspetos da organização social, tais como a participação

cívica e normas de reciprocidade e confiança nos outros, que facilitam a cooperação para benefício mútuo (Kawachi *et al.*, 1997), pode afetar a saúde mental de formas diversas, quer através das suas componentes estruturais (coesão social, pertença a organizações), quer através das suas componentes cognitivas (confiança, sentimento de pertença, partilha de valores) (Silva *et al.*, 2015).

No que diz respeito especificamente à esquizofrenia e à depressão, todos os estudos epidemiológicos mostram uma prevalência mais elevada destas doenças entre as pessoas mais pobres e com estatuto social mais baixo. No caso da esquizofrenia, a sua prevalência nos grupos de estatuto socioeconómico baixo é, em média, 3,4 vezes mais elevada do que nos grupos de estatuto mais alto. No caso da depressão, a prevalência no estatuto mais baixo é 2,4 vezes mais elevada do que no estatuto mais alto. Esta associação pode ser explicada de duas formas. Segundo a chamada teoria da causalidade social, o estatuto mais baixo contribui para uma maior prevalência da doença através do aumento de stress, discriminação, desemprego e menos acesso a tratamento, que geralmente estão associados aos grupos com menos recursos. Segundo a teoria da seleção social, são as características da esquizofrenia e da depressão que “empurram” as pessoas para os níveis mais baixos da escala social. A investigação sugere que ambas as teorias têm alguma validade. No entanto, a teoria da causalidade social não é comprovada por alguns dos estudos realizados (Lorant *et al.*, 2003).

Relativamente ao suicídio, os grupos de maior risco incluem, além dos indivíduos que sofrem de depressão e de outras perturbações mentais, os que padecem de doenças somáticas graves, os desempregados, os socialmente desfavorecidos, os que sofreram uma perda recente, os imigrantes e os que pertencem aos sistemas penal e da justiça. Os suicídios também

estão ligados ao isolamento social, ao abuso de álcool e de outras substâncias, à violência familiar e ao acesso a meios letais de suicídio. De notar que os homens morrem três a quatro vezes mais frequentemente por suicídio do que as mulheres. No entanto, as mulheres tentam o suicídio mais frequentemente do que os homens. Na maior parte dos países, as taxas mais altas de suicídio encontram-se entre as pessoas com mais de 70 anos, em ambos os géneros. Em alguns países, contudo, as taxas mais altas encontram-se entre os jovens, e a nível mundial a segunda causa de morte no grupo dos 15 aos 29 anos de idade é o suicídio, logo a seguir aos acidentes de viação.

Os métodos de suicídio mais usados a nível global são a ingestão de pesticidas, o enforcamento e o uso de armas de fogo. No entanto, verificam-se diferenças significativas neste domínio, em função de fatores sociais, económicos e culturais (WHO, 2014-a).

3. Como medir a saúde mental de uma população?

A medição da saúde mental de uma população pode ser efetuada através de duas metodologias diferentes. A primeira, a mais frequentemente usada, consiste em avaliar a magnitude das perturbações mentais e dos problemas de saúde mental na população em causa. A segunda baseia-se na avaliação do nível de bem-estar mental na mesma população.

A avaliação da magnitude das perturbações mentais e dos problemas de saúde mental pode ser feita, diretamente, através de um estudo epidemiológico de morbilidade psiquiátrica numa amostra representativa da população desse país, ou, indiretamente, recorrendo à avaliação da utilização de serviços prestadores de cuidados de saúde mental.

No caso de países em que a grande maioria das pessoas que sofrem de perturbações mentais recorre aos cuidados primários de saúde e em que estes têm sistemas de informação eficientes, a utilização de serviços pode ser um indicador confiável de prevalência de perturbações mentais. Foi este o caso do Reino Unido, nos anos 60, onde foi possível obter dados epidemiológicos importantes através de estudos realizados a nível das consultas de clínica geral, que cobriam a maior parte da população. Infelizmente, nos dias de hoje, raras são as situações em que se verificam as duas condições acima referidas, e, de facto, a única forma de obter um conhecimento rigoroso da prevalência de uma doença num determinado período, num dado país, é através da realização de um estudo epidemiológico numa amostra representativa da população geral.

O problema é que estudos deste tipo são muito dispendiosos e exigem recursos técnicos significativos. No caso das perturbações mentais, durante muito tempo verificou-se ainda um outro problema: como identificar os casos de doença quando não existem indicadores biológicos claros e inequívocos da existência de doença (situação que continua a verificar-se hoje em dia) e quando não existem critérios consensuais de diagnóstico clínico (como ocorreu até um passado recente)?

Esta dificuldade só começou a ser ultrapassada a partir dos anos 70, quando se verificaram avanços significativos na definição dos critérios de diagnóstico das perturbações psiquiátricas, que viriam mais tarde a ser incorporados nos dois principais sistemas de classificação das doenças mentais: a Classificação Internacional das Doenças, da OMS, conhecida pelo acrónimo CID-10 (acessível em: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>), e a Classificação da Associação Americana de Psiquiatria, conhecida pelo acrónimo DSM (American Psychiatric Association,

2014). Com base nestes critérios, foi possível desenvolver entrevistas estruturadas, permitindo a avaliação de sintomas e a elaboração de diagnósticos através do uso de algoritmos, de uma forma padronizada.

A realização, nos Estados Unidos, de um estudo epidemiológico nacional (Robins & Regier, 1991), desenvolvido com esta metodologia, mostrou que as perturbações mentais e as perturbações relacionadas com o abuso/dependência de álcool e outras drogas tinham afetado, nos últimos 12 meses, quase 30% da população. O desenvolvimento de estudos com metodologias semelhantes, noutros países, evidenciou, por seu lado, que prevalências elevadas se encontravam também em países de outras regiões do mundo (Henderson *et al.*, 2000; Kringle *et al.*, 2001).

A comparação dos resultados de estudos de epidemiologia psiquiátrica realizados em diferentes países colocou, contudo, problemas complexos, dadas as diferenças registadas entre os diversos instrumentos usados para o diagnóstico de doenças mentais e a dificuldade em controlar a influência de fatores culturais na avaliação diagnóstica.

Um passo fundamental para superar estes obstáculos foi dado com a criação, sob a coordenação de Ronald Kessler, da Universidade de Harvard, e o apoio da OMS, de uma iniciativa mundial com o objetivo de implementar estudos rigorosos de epidemiologia psiquiátrica, a nível da população geral de países das várias regiões do mundo (Demyttenaere *et al.*, 2004).

Desde então, mais de 30 países efetuaram estudos epidemiológicos nacionais de morbilidade psiquiátrica, com base numa mesma metodologia, a qual inclui a avaliação de frequência e gravidade de casos de perturbação mental, de um conjunto alargado de variáveis demográficas, familiares, sociais

e económicas, além de um número apreciável de variáveis de utilização de serviços e de consumo de psicofármacos.

Se a avaliação da prevalência das perturbações mentais já tinha colocado dificuldades apreciáveis, a avaliação do nível de saúde mental positiva constitui um desafio ainda maior, dado tratar-se de um estado difícil de definir e com tantas dimensões subjetivas. Uma contribuição decisiva para esta questão veio da investigação do “bem-estar” (*well-being*), um tema que tem vindo a atrair um número crescente de cientistas de áreas tão diversas como a psicologia, a saúde pública, a economia e as políticas públicas.

Embora não haja uma definição definitiva do conceito, há um consenso alargado de que o termo “bem-estar” envolve sentimentos de satisfação com a vida, emoções positivas, ausência de emoções negativas, sensação de realização pessoal e de produtividade, bem como sentimentos de vitalidade e energia, ligados a bem-estar físico.

A saúde mental positiva coloca uma ênfase maior nos recursos pessoais necessários para uma capacidade positiva e criativa, face aos desafios da vida, e na capacidade para ter relações satisfatórias com os outros, enquanto o conceito de bem-estar enfatiza mais a componente subjetiva de bem-estar e de satisfação com a vida, bem como a dimensão de energia física e vitalidade.

Apesar destas diferenças, as componentes comuns são, no entanto, suficientemente fortes para que a medição do bem-estar possa funcionar como um indicador fiável da saúde mental de indivíduos e de populações.

Esta medição faz-se, atualmente, através de questionários que incluem um conjunto variável de perguntas que cobrem as principais dimensões do bem-estar. Em alguns casos incluem

variáveis objetivas, relacionadas com as condições de vida das pessoas (rendimento, casa, acesso a serviços, etc.), mas o foco principal está sempre nas variáveis subjetivas, que cobrem o bem-estar psicológico, a autonomia, a satisfação, a confiança no futuro e a ligação aos outros.

4. Carga e custos das perturbações mentais

As perturbações mentais não só apresentam uma prevalência muito elevada, como têm um enorme impacto nas pessoas, famílias e sociedades.

Milhões de pessoas, a nível mundial, sofrem de perturbações mentais. Todas as pessoas podem ser afetadas, independentemente da idade, do género e da classe social. As perturbações mentais, que podem influenciar negativamente a vida de crianças e adultos, encontram-se tanto em países desenvolvidos, como em países em desenvolvimento, causando enorme sofrimento e invalidez e sendo responsáveis por custos elevados para os indivíduos, as famílias e as sociedades.

O *Estudo sobre a Carga Mundial das Doenças (Global Burden of Disease Study)*, realizado pela OMS, pelo Banco Mundial e pela Universidade de Harvard, nos anos 90 (Murray & Lopez, 1996), teve um papel decisivo na avaliação do impacto das perturbações mentais a nível social, ao desenvolver novos conceitos e métodos que passaram a permitir medir este impacto não só através dos efeitos das doenças a nível da mortalidade, como também a nível da incapacidade a elas associada.

A carga das doenças (tradução de *burden of diseases* adotada neste ensaio) passou então a medir-se em termos da unidade de *DALYs (Disability Adjusted Life Years)*, que designa os anos de vida vividos com qualidade que as pessoas perdem por

causa de uma doença, seja porque essa doença leva a que morram mais cedo do que seria expectável, seja porque essa doença resulta numa incapacidade significativa.

Os *DALYs*, designados em português como anos de vida perdidos ajustados à incapacidade, somam, portanto, os anos de vida perdidos por morte prematura aos anos vividos com incapacidade (*Years Lived with Disability*) por causa de uma doença. Esta última variável é também especialmente útil para a compreensão do impacto das doenças mentais, dado o elevado nível de incapacidade associado a muitas delas.

Em 2010, as doenças neuropsiquiátricas foram responsáveis, a nível mundial, por 10,4% de todos os *DALYs* e por 28,5% dos anos de vida vividos com incapacidade. Este grupo das doenças neuropsiquiátricas, esclareça-se, inclui as doenças psiquiátricas ou mentais (depressões, perturbações de ansiedade, psicoses, demências, perturbações associadas ao abuso de álcool e outras drogas, etc.) e as doenças neurológicas (acidentes vasculares cerebrais, doença de Parkinson, epilepsia, etc.).

No mesmo ano, este grupo de doenças foi responsável, nos países da Europa ocidental, por 17,4% dos *DALYs* e 29,1% dos anos vividos com incapacidade.

De notar que a percentagem de *DALYs* resultantes das doenças neuropsiquiátricas, entre 1990 e 2010, aumentou significativamente, de 7,3 para 10,4%, a nível mundial, e de 14,3 para 17,4%, a nível da Europa ocidental. Estes dados evidenciam três factos importantes acerca da carga das doenças neuropsiquiátricas na Europa ocidental, a região que tem um perfil epidemiológico e demográfico mais semelhante ao do nosso país. Primeiro, as doenças neuropsiquiátricas são a segunda causa de anos de vida perdidos por incapacidade ou morte prematura (*DALYs*), nos países da Europa Ocidental, respondendo por 17,4%

de todos os DALYs, valor apenas ultrapassado pelo grupo das doenças cancerosas (17,7%). Segundo, a percentagem da carga destas doenças tem vindo a subir progressivamente desde 1990, tudo indicando que continue a aumentar, dado o peso cada vez maior previsto para as doenças crónicas em geral e para as doenças mentais em particular. Terceiro, o impacto a nível dos anos vividos com incapacidade representa quase um terço (29,1%) do tempo de vida perdido por incapacidade, em resultado de todas as doenças, sendo as doenças psiquiátricas em sentido estrito as que mais contribuem para este valor, com 22%.

Uma das principais consequências do elevado nível de incapacidade associada às perturbações mentais é o enorme impacto destas perturbações no absentismo ao trabalho. Estudos realizados em dez países da União Europeia revelaram que há custos substanciais associados com o absentismo resultante de doenças mentais, nestes países. As pessoas com qualquer tipo de perturbação mental reportam, em média, 3,1 dias de absentismo por mês, em comparação com 1 dia por mês entre aquelas sem qualquer doença. Os mesmos estudos mostraram ainda que as doenças mentais graves estão associadas a uma redução nos rendimentos igual a 29% do salário mediano (Bruffaerts *et al.*, 2011).

Custos económicos

A avaliação dos custos resultantes das doenças mentais tem sido feita através de duas abordagens distintas. Na primeira, os custos de cada doença são vistos como a soma de várias categorias de custos diretos e indiretos – custos com os cuidados médicos, custos com os cuidados não-médicos (por exemplo, lares), transportes para os locais de tratamento, informação,

investigação, perdas de rendimento, etc. Na segunda, estima-se o valor da produção perdida por causa de uma doença através da avaliação do impacto dessa doença no produto nacional bruto, por perdas de trabalho e de capital.

Um estudo realizado pela Universidade de Harvard (Bloom *et al.*, 2011) estima que, a nível mundial, as doenças neuropsiquiátricas tenham sido responsáveis, em 2010, por custos de 2,5 triliões de dólares, prevendo-se que em 2030 estes custos atinjam o valor de 6 triliões de dólares, 2/3 dos quais associados a custos indiretos.

De acordo com o mesmo estudo, as doenças neuropsiquiátricas são responsáveis por 35% do valor de produção perdida por causa de doenças, enquanto as doenças cardiovasculares estão associadas a 33% daquele valor.

A nível específico dos países europeus há evidência de que as perturbações mentais representam um grande encargo para a sociedade e estão associadas a perdas significativas de capital humano produtivo.

Um estudo na Europa sobre os custos das doenças do cérebro (Olesen *et al.*, 2012), que coincidem em grande parte com o grupo das doenças neuropsiquiátricas (a única exceção significativa é a dos acidentes vasculares cerebrais, que não se encontram incluídos nas doenças neuropsiquiátricas), chega a uma estimativa de custos totais de 798 mil milhões de euros em 2010.

As doenças com maiores custos anuais, de acordo com este estudo, são a depressão (113,4 mil milhões), as demências (105,2 mil milhões), as doenças psíquicas (93,9 mil milhões) e as perturbações de ansiedade (74,4 mil milhões). Com custos mais baixos, mas ainda assim bastante elevados, surgem as perturbações do sono, da infância e adolescência e somatoformes

(queixas físicas para as quais não há explicação médica), respetivamente com 35,4, 21,3 e 21,2 mil milhões.

Com o aumento da esperança de vida, a prevalência destas doenças e os custos a elas associados irão certamente aumentar de forma significativa num futuro próximo. Não parece, portanto, um exagero considerar estas doenças, como o faz o relatório atrás citado, “o maior desafio da saúde do século, colocando uma ameaça séria para os nossos sistemas de saúde e social, assim como para o futuro da economia da Europa”.

O desafio é ainda maior se considerarmos que, além dos custos relacionados com as doenças mentais, há que ter também em atenção os custos que representa a diminuição da saúde mental positiva, quando se sabe que esta é a base de um desenvolvimento equilibrado durante a vida, desempenhando um papel importante nas relações interpessoais, vida familiar e integração social; e quando cada vez é maior a evidência de que ela também é um fator importante da coesão social, bem como da plena participação comunitária e económica dos indivíduos, tendo por isso um papel fundamental no progresso económico e no desenvolvimento sustentável das sociedades.

5. Promoção da saúde mental, tratamento e prevenção das doenças mentais

Face a um problema de saúde mental, as pessoas começam geralmente por tentar resolvê-lo através dos seus recursos psicológicos próprios. Da mesma forma que temos mecanismos fisiológicos para enfrentar problemas de saúde física, dispomos também de mecanismos específicos que nos ajudam a ultrapassar situações em que a nossa saúde mental esteja comprometida. É neste primeiro nível, o de autoajuda, que

se resolve a maior parte dos problemas de saúde mental de baixa gravidade.

Num segundo nível, que podemos designar de cuidados informais, as pessoas recorrem ao apoio de familiares, amigos e outros membros da comunidade. Em períodos particularmente difíceis, todas as pessoas podem sentir-se “em baixo”, ansiosas ou dormirem mal, mas em muitos casos estas dificuldades acabam por ser ultrapassadas sem que seja necessário recorrer aos serviços de saúde. Dependendo do tipo de sociedade e de cultura em que se vive, vários são os interlocutores que podem auxiliar as pessoas nestas situações – família, amigos, vizinhos, membros da comunidade em quem se confia, grupos de autoajuda, etc. Estudos realizados pela OMS mostraram que, por exemplo, entidades como os líderes religiosos e as cabeleireiras podem ter em alguns países um papel relevante no suporte psicológico a pessoas com depressão e na referência dos casos mais graves para os serviços de saúde (Moreno *et al.*, 2003).

Quando estes apoios se revelam insuficientes, a maior parte das pessoas recorre aos serviços de saúde. Na grande maioria dos casos, fá-lo nos cuidados primários de saúde (em Portugal, prestados pelos Centros de Saúde), que constituem o terceiro nível de cuidados. Como demonstrado pelos estudos epidemiológicos, um número muito significativo de consultas nos cuidados primários está relacionado com problemas de saúde mental. Estes serviços são, sem dúvida, os que podem prestar cuidados mais acessíveis, podendo assegurar o diagnóstico e o tratamento de uma grande parte das doenças mentais, bem como o encaminhamento, dos casos mais graves, para os serviços especializados, além de terem um papel decisivo na prevenção e promoção em saúde mental.

Algumas pessoas, com problemas mais graves ou mais persistentes, podem necessitar de cuidados de saúde mental especializados, tendo de procurar respostas no quarto nível de cuidados, que inclui serviços de saúde mental na comunidade e serviços de saúde mental no hospital geral. No caso das doenças mentais comuns, os serviços especializados resolvem habitualmente os problemas através de consultas em que se avalia o doente, se prescreve e monitoriza a medicação que possa ser necessária, se presta apoio psicológico e, quando necessário, se faz psicoterapia.

Nos casos de doenças graves, como seja a esquizofrenia ou a doença bipolar, além destes tipos de apoio clínico, é muitas vezes necessário assegurar programas de cuidados integrados mais diferenciados, que só podem ser prestados por equipas multidisciplinares. Estes programas podem assumir formas diversas, em função dos recursos existentes, mas, de acordo com a evidência científica disponível, devem incluir cuidados assertivos na comunidade, gestão de casos, programas psicoeducacionais envolvendo o doente e os seus familiares, bem como programas focados na reabilitação psicossocial do doente. Estes últimos podem ir desde o treino de competências necessárias para a vida diária ao apoio residencial na comunidade, ou a programas que ajudem o doente a integrar-se num emprego.

Em situações especialmente graves pode ser necessário um internamento hospitalar. Isto pode ocorrer a seguir a uma primeira manifestação de uma doença mental, em que o internamento se revele indispensável para confirmar o diagnóstico e para estabilizar o doente, ou pode ocorrer após uma recaída de um doente já conhecido.

Os internamentos devem ser curtos, de modo a evitar, tanto quanto possível, o afastamento do doente da sua matriz familiar

e social. E devem ser efetuados em serviços de psiquiatria de hospitais gerais: o hospital geral é, por um lado, o que melhor permite assegurar todos os recursos de diagnóstico hoje disponíveis e tratar situações em que coexistam doenças físicas; por outro lado, é muito menos estigmatizante do que o hospital psiquiátrico.

Os cuidados de saúde mental na comunidade, em conjunto com os cuidados de internamento prestados em hospitais gerais, se devidamente organizados, podem assegurar um acompanhamento efetivo à quase totalidade dos casos de doença mental grave e apoiar os serviços de cuidados primários a manejar os casos de gravidade ligeira e moderada. Resta, no entanto, um reduzido número de situações que, pelas suas características muito específicas, não podem ser tratadas nos serviços de saúde mental especializados comuns, exigindo serviços altamente especializados. É o caso, por exemplo, de crianças e adolescentes que exigem abordagens e técnicas próprias e que não devem ser tratados junto a adultos, ou de pessoas com doença mental grave que cometeram crimes e exigem serviços com segurança especial. Um bom sistema de cuidados de saúde mental deve, por isso, incluir serviços habilitados a responder às necessidades específicas destas situações.

Durante muito tempo prevaleceu a ideia de que as doenças mentais eram incuráveis. Esta convicção levou ao abandono das pessoas com doenças mentais graves em grandes instituições asilares isoladas da sociedade, onde permaneciam (e, infelizmente, ainda permanecem, em alguns países) por largos anos, quando não por toda a vida, condenados a uma vida de total exclusão social e a toda a espécie de abusos dos mais elementares direitos humanos.

A ideia da incurabilidade era acompanhada da convicção de que nada poderia ser feito para prevenir as doenças mentais

e promover a saúde mental das pessoas. Foi necessário conhecer melhor os determinantes das doenças mentais e da saúde mental para perceber que é possível desenvolver estratégias capazes de prevenir algumas doenças mentais e de aumentar os recursos de saúde mental das pessoas.

Os progressos neste domínio foram mais tardios do que os alcançados no tratamento das doenças mentais. No entanto, temos hoje larga comprovação empírica de que é possível obter resultados indiscutivelmente positivos na prevenção primária (que evita novos casos) de algumas doenças (a depressão e a dependência de álcool, por exemplo), bem como do suicídio. Do mesmo modo, em quase todas as doenças mentais a prevenção secundária (destinada a limitar a evolução da doença já declarada) e a prevenção terciária (destinada a limitar as consequências nefastas da doença) podem ser feitas com sucesso apreciável.

Finalmente, nos últimos 20 anos têm-se acumulado as provas de que a promoção da saúde mental é possível. Existe hoje relevante prova de que programas que desenvolvem a resiliência e outros recursos pessoais e/ou atuam em diversos determinantes sociais promovem de forma efetiva a saúde mental das populações. Neste campo, têm-se revelado particularmente eficazes programas de apoio às relações parentais na primeira fase da vida, programas de desenvolvimento da resiliência e autoestima nas escolas e programas de prevenção nos locais de trabalho.

Organização dos serviços de saúde mental

Três fatores mudaram de uma forma muito profunda o modo de se pensar a organização dos serviços de saúde mental, nas últimas décadas: os progressos científicos alcançados no tratamento

das doenças mentais, o reconhecimento crescente das violações dos direitos humanos a que as pessoas com problemas de saúde mental têm estado sujeitas, ao longo do tempo, e a constatação das associações estreitas existentes entre doenças mentais e doenças físicas de evolução crónica (por exemplo, diabetes, doenças articulares e algumas doenças cardíacas).

Os avanços científicos registados na compreensão das causas das doenças mentais e na criação de novos tratamentos vieram possibilitar o desenvolvimento de um amplo leque de intervenções de efetividade comprovada no tratamento e na reabilitação da maioria das perturbações psiquiátricas.

Novos medicamentos e modelos psicoterapêuticos demonstraram a sua efetividade no tratamento das perturbações ansiosas e depressivas. As perturbações psicóticas, que no passado condenavam muitos doentes a longos períodos no hospital e a altos níveis de incapacidade, passaram, na maioria dos casos, a poder ser geridas na comunidade, desde que os serviços assegurem intervenções psicossociais em combinação com o tratamento farmacológico. Programas de reabilitação psicossocial, incluindo treino de competências sociais, intervenções familiares psicoeducacionais, bem como apoios nas áreas residencial e do emprego, tornaram possível a reintegração social de muitas pessoas que sofrem de doenças mentais graves. Como já referido anteriormente, os avanços no desenvolvimento de intervenções para a prevenção das doenças mentais e a promoção da saúde mental têm ocorrido com mais lentidão. Apesar disso, já existe um conjunto importante de intervenções de efetividade comprovada neste domínio.

A questão dos direitos humanos na saúde mental revelou-se prioritária quando se tornou evidente que, em todo o mundo, as pessoas com doença mental eram frequentemente vítimas

de abusos e violações dos seus direitos mais básicos e discriminadas em muitas áreas das suas vidas.

A constatação de que é frequente a comorbidade entre as doenças mentais e várias doenças físicas, levou, por sua vez, a que se percebesse, nos últimos anos, que há toda a conveniência em tratar algumas doenças mentais e algumas doenças físicas de forma articulada. Mais importante ainda, tornou-se hoje evidente que, em alguns aspetos, as doenças mentais têm características muito semelhantes às chamadas doenças crónicas (diabetes, doenças reumáticas, hipertensão, etc.), exigindo, tais como estas, cuidados de saúde organizados de acordo com uma nova perspetiva que se tem vindo a impor internacionalmente nos últimos anos.

De acordo com esta nova forma de conceber e organizar os cuidados de saúde, a abordagem clínica de cada doente continua a ser fundamental no tratamento das doenças mentais. É esta abordagem centrada no indivíduo que permite diagnosticar o seu problema, estabelecer um programa terapêutico e acompanhar o doente ao longo do processo de tratamento e reabilitação.

Para se combater com eficácia os problemas de saúde mental numa determinada população, esta perspetiva, porém, não é suficiente. É também indispensável pensarem-se os problemas em termos populacionais, tomar em atenção as necessidades das pessoas nas diversas fases da vida, articular tratamento com prevenção da doença e promoção da saúde mental, assegurar o envolvimento dos doentes nos seus cuidados e privilegiar a sua recuperação, bem como desenvolver ações para garantir a coordenação e a continuidade dos cuidados. Por outras palavras, é necessário que o combate às doenças mentais se faça de acordo com uma abordagem de saúde pública.

É igualmente importante pensarem-se os cuidados em termos do sistema de saúde. Ou seja, pensar-se como assegurar a implementação de uma política coerente de saúde mental, como resolver as questões de liderança, garantir os recursos humanos e financeiros necessários, criar bons sistemas de informação, etc.

Finalmente, é necessário compreender que o envolvimento do Ministério da Saúde não basta para assegurar bons cuidados de saúde mental, sendo imprescindível envolver todos os setores do governo na luta pela melhoria da saúde mental das populações. As doenças mentais e os problemas de saúde mental em geral estão de tal forma entrelaçados com questões como sejam a pobreza, o emprego e a exclusão social, que só com políticas e medidas na área social e económica se podem encontrar respostas para muitas das necessidades das pessoas com doença mental. Por outro lado, a escola e os locais de trabalho têm um papel tão relevante na saúde mental das pessoas que o envolvimento destas entidades é igualmente essencial para levar a cabo políticas e programas consistentes de prevenção e promoção.

Neste contexto, as grandes instituições psiquiátricas, separadas do sistema geral de saúde, que no passado constituíam o centro do sistema de cuidados de saúde mental, têm vindo, progressivamente, a ser substituídas por um sistema mais complexo de serviços de saúde. Este sistema inclui os cuidados primários de saúde e os serviços de saúde mental na comunidade, articulados com unidades de internamento localizadas em hospitais gerais e, no topo, com unidades altamente especializadas para situações muito específicas, que devem também estar integradas no sistema geral de saúde (por exemplo, as unidades de internamento para crianças e adolescentes e as unidades para perturbações do comportamento alimentar, que devem estar em

hospitais gerais e ter uma articulação estreita, respetivamente, com a pediatria e a medicina interna).

A transição de um modelo para o outro é inevitável: por razões científicas, clínicas e éticas. As instituições psiquiátricas tradicionais dificilmente podem assegurar a prestação do conjunto de programas integrados, hoje considerados essenciais para o tratamento das perturbações psiquiátricas, especialmente os que promovem a reabilitação e a reintegração social dos doentes. Por outro lado, a sua separação do sistema geral de saúde e o seu afastamento dos locais de residência das pessoas assistidas reforçam os estereótipos negativos associados aos tratamentos psiquiátricos e acentuam a exclusão e discriminação das pessoas com problemas de saúde mental.

De acordo com a “pirâmide de cuidados” da Organização Mundial da Saúde, os serviços de saúde mental na comunidade, em conjunto com serviços de saúde mental em hospitais gerais, devem constituir a charneira do sistema de saúde mental dos nossos dias (Funk *et al.*, 2005). Desde logo, porque a sua inserção junto dos locais onde as pessoas vivem representa a melhor garantia de uma fácil acessibilidade aos cuidados. Em segundo lugar, porque, como evidenciado em vários estudos, estão associados a melhor continuidade dos cuidados, maior satisfação dos utentes, aumento da adesão ao tratamento, proteção mais eficaz dos direitos humanos e prevenção da estigmatização (Thornicroft & Tansella, 2003).

Por estarem mais integrados no sistema geral de saúde, também permitem o estabelecimento de uma colaboração estruturada com os cuidados primários de saúde, facilitando, desse modo, o desenvolvimento de modelos colaborativos de cuidados que combinam intervenções farmacológicas e psicossociais prestadas de um modo escalonado (*stepped care interventions*),

especialmente eficazes no tratamento de pessoas com comorbilidades físicas e mentais (Katon & Unützer, 2006).

Os serviços com base na comunidade têm ainda a grande vantagem de facilitar a coordenação e, em alguns casos, a gestão e o financiamento conjunto, dos serviços de saúde e dos serviços sociais, bem como a colaboração dos serviços de saúde com serviços do setor do emprego, o que contribui grandemente para a reabilitação psicossocial das pessoas com perturbações mentais graves (WHO, 2003).

Os serviços de base comunitária também proporcionam melhores condições para garantir o respeito pelos direitos humanos dos doentes, bem como para incentivar as pessoas com problemas graves de saúde mental a participarem na tomada de decisões nas questões importantes das suas vidas, contribuindo assim para a concretização de um princípio fundamental da moderna perspetiva dos cuidados de saúde mental.

O processo de transição do antigo modelo centrado no hospital psiquiátrico para o novo modelo, mais integrado no sistema geral de saúde e mais centrado na comunidade, encontra-se em fases muito diversas de desenvolvimento, de país para país. Na Europa, enquanto alguns países já o concluíram há bastante tempo (por exemplo, o Reino Unido, a Itália e a Suécia), outros ainda continuam a depender de hospitais psiquiátricos para responder às necessidades de cuidados de parte da população.

Vários esforços, no entanto, estão atualmente em curso a nível internacional para completar a transição de serviços de saúde mental para um sistema moderno baseado na comunidade.

O Plano Global de Saúde Mental, aprovado pela OMS em 2013, inclui, entre os seus objetivos prioritários, a reorganização dos serviços de saúde mental, propondo “transferir sistematicamente o local dos cuidados de saúde mental dos hospitais

psiquiátricos para uma rede de serviços de saúde mental na comunidade, incluindo internamento de curta duração e tratamento ambulatorio em hospitais gerais, cuidados primários, centros de saúde mental, centros de dia, apoio a pessoas com perturbações mentais que vivem com as suas famílias, e apoio à habitação” (OMS, 2013).

A Ação Conjunta em Saúde Mental e Bem-Estar, promovida pela União Europeia, recomendou, por seu turno, aos Estados-Membros (European Commission, 2016-b), que desenvolvessem e implementassem políticas de saúde mental promotoras de cuidados baseados na comunidade, de acordo com os seguintes princípios:

- a) Proteção dos direitos humanos: as pessoas com perturbações mentais devem ser protegidas de todas as formas de discriminação, e os seus direitos, incluindo o direito a cuidados de qualidade, a alojamento e a emprego, devem ser respeitados;
- b) Acessibilidade e equidade: as pessoas com perturbações mentais, independentemente do seu local de residência, circunstâncias sociais e económicas, género ou raça, devem ter acesso a cuidados de qualidade, a preços acessíveis, e a apoio à inclusão social;
- c) Recuperação: os serviços de saúde mental devem apoiar e incentivar a autodeterminação e cuidados individualizados para as pessoas com problemas de saúde mental, incluindo como construir e manter uma vida satisfatória e com bem-estar, independentemente dos seus sintomas e vulnerabilidades;
- d) Cuidados na comunidade: os cuidados para pessoas com perturbações mentais devem ser prestados num ambiente

o menos restritivo possível e o internamento só deve ser considerado quando todas as alternativas de tratamento comunitário tenham sido esgotadas;

- e) Coordenação e integração de cuidados: os cuidados de saúde mental em cada setor geodemográfico devem ser coordenados e integrados, de modo a facilitar a continuidade dos cuidados e a evitar a fragmentação de serviços;
- f) Participação de utentes e famílias: as pessoas com perturbações mentais devem ser ativamente envolvidas no planeamento e desenvolvimento dos serviços que recebem. Os familiares de pessoas com perturbações mentais devem ser considerados parceiros importantes na prestação de cuidados de saúde mental, incentivados a participar neles e a receber formação e educação, se necessário.

6. Saúde mental e direitos humanos

Em todo o mundo, as pessoas com doença mental têm sido, ao longo da História, frequentemente vítimas das mais graves violações dos direitos humanos fundamentais. Nas últimas décadas, verificaram-se avanços importantes na luta contra esta situação, a nível internacional. No entanto, em muitos lugares as pessoas com doença mental continuam ainda hoje a sofrer os mais variados tipos de abusos, a viver em condições desumanas, a receber tratamento em instituições onde não há atividades ocupacionais nem qualquer estimulação, a ser discriminadas em relação ao trabalho, à educação e a cuidados de saúde física e a ser sujeitas a isolamento e contenção física sem qualquer proteção legal.

As pessoas com doença mental estão também sujeitas a um estigma muito elevado, sendo frequentemente consideradas violentas, preguiçosas, fracas e possuídas por espíritos ou demónios.

Este estigma é certamente uma das causas mais importantes da falta de respeito pelos direitos humanos das pessoas com doença mental. Mas há que não esquecer outras causas importantes, nomeadamente a falta de sensibilidade da sociedade para os problemas de saúde mental, a reduzida capacidade de organização das pessoas que sofrem destes problemas e a persistência de serviços de má qualidade.

Os princípios e os padrões de qualidade mínimos definidos pelas organizações internacionais competentes nesta matéria constituem, hoje, uma base essencial na defesa dos direitos humanos de pessoas com doença mental. Entre os direitos reconhecidos a nível internacional, destacam-se o direito ao mais alto nível possível de saúde física e mental, ao consentimento informado, à liberdade e segurança, à não discriminação e à proteção contra tratamentos desumanos e degradantes.

O direito ao mais alto nível possível de saúde física e mental tem uma relevância muito especial, possuindo implicações significativas na organização dos serviços de saúde mental, nomeadamente no que diz respeito ao acesso a serviços adequados e profissionais, ao direito a tratamento individualizado e reabilitação e a tratamento promotor da autonomia, bem como ao direito a serviços baseados na comunidade e a serviços o menos restritivos possível.

O direito a serviços baseados na comunidade, expressamente reconhecido no artigo 19.º da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Incapacidades, das Nações Unidas, assinada e ratificada por Portugal, implica que: 1) Todas as pessoas com incapacidades têm o direito de viver na comunidade, escolher o seu lugar de residência e ter acesso a serviços residenciais e domiciliários, bem como a outros serviços comunitários; 2) Os Estados devem facilitar a inclusão e a participação plenas na

comunidade dos indivíduos com incapacidades; 3) Os serviços e os dispositivos comunitários para a população geral devem estar igualmente disponíveis para as pessoas com incapacidades.

De notar que a mesma Convenção reconhece ainda que todos os indivíduos são iguais face à lei, devendo as pessoas com incapacidades possuir a mesma capacidade legal que as outras pessoas em todos os aspetos da vida, e assumindo que o apoio à tomada de decisões por parte das pessoas com incapacidades deve ser vivamente encorajado.

O respeito por estes princípios, no que se refere às pessoas com doença mental, está ainda muito longe de ser um facto adquirido, constituindo certamente um dos maiores desafios que se colocam, no futuro próximo, na luta por uma melhor saúde mental a nível global. Para vencer este desafio será necessário conjugar diferentes estratégias de eficácia comprovada, nomeadamente, combater a ignorância e os preconceitos através da disseminação de conhecimento, promover mecanismos de monitorização dos direitos humanos nos serviços de saúde mental, desenvolver a formação dos vários atores envolvidos, melhorar as políticas e a legislação de saúde mental e, finalmente, melhorar os serviços de saúde mental.

II. Epidemiologia das perturbações mentais em Portugal

I. Prevalência e gravidade

Só em 2010, data em que se completou o primeiro estudo epidemiológico nacional de morbilidade psiquiátrica em Portugal, foi possível começar a ter uma ideia minimamente rigorosa da prevalência de perturbações mentais na população portuguesa. Antes dessa data, os poucos estudos levados a cabo realizavam-se com amostras pouco numerosas, não representativas da população portuguesa, e centravam-se, na maioria dos casos, em perturbações mentais específicas.

Os únicos estudos de saúde mental realizados antes de 2010 em amostras representativas da população portuguesa, os estudos de saúde mental do Eurobarómetro, de 2003 e 2006, basearam-se em instrumentos que apenas permitiam avaliar "casos" de sofrimento psicológico (o instrumento usado nestes estudos avalia as respostas a cinco perguntas sobre queixas de ansiedade e depressão) e não casos de perturbação psiquiátrica, cumprindo os critérios mínimos de diagnóstico das classificações internacionais.

Apesar destas limitações, os resultados destes estudos tiveram o grande mérito de apontar para algo que viria a ser

confirmado posteriormente pelo *Estudo Nacional de Saúde Mental* completado em 2010: Portugal apresenta uma prevalência de problemas de saúde mental significativamente elevada no contexto europeu.

O estudo do Eurobarómetro de 2003 (Eurobarometer 58.2, 2003) revelava uma prevalência de casos positivos de sofrimento psicológico, em Portugal, de 29,8%, superior à média europeia (23,4%), bem como uma associação estatisticamente significativa destes casos com o sexo feminino, uma idade superior a 65 anos, viuvez, reforma e baixo suporte social.

O resultado que mais chamou a atenção na primeira análise dos dados do *Estudo Nacional de Saúde Mental* (Caldas de Almeida & Xavier, 2013) foi a elevada prevalência de perturbações psiquiátricas encontrada na população adulta de Portugal. Tomando em consideração a prevalência anual (percentagem de indivíduos que tiveram uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses anteriores à entrevista), quase um quarto das pessoas entrevistadas (22,9% da amostra) cumpria os critérios mínimos para o diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica.

De todos os estudos epidemiológicos nacionais de morbilidade psiquiátrica realizados na Europa com a mesma metodologia, a segunda prevalência mais alta foi encontrada em Portugal, com um valor quase igual à da Irlanda do Norte, que ocupa o primeiro lugar. Note-se que, embora a Irlanda do Norte seja parte do Reino Unido, se considerou relevante efetuar um estudo epidemiológico próprio neste território, dadas as características muito específicas e a identidade própria da sua população.

Outro aspeto que chamou a atenção no nosso estudo foi o facto de Portugal se distinguir de uma forma muito significativa dos outros países do sul da Europa, que, sem exceção, apresentam prevalências muito mais baixas que os países do

norte. Como se pode ver no Quadro 1, a Itália e a Espanha têm uma prevalência anual de 8,2% e 9,2%, respetivamente (Wang *et al.*, 2011), valores que contrastam significativamente com os 22,9% de Portugal.

Quadro 1
Prevalência anual de perturbações psiquiátricas em Portugal, outros países europeus, Brasil e Estados Unidos (%)

	Perturbações de ansiedade	Perturbações do humor	Perturbações de controlo de impulsos	Perturbações por uso de álcool	Todas
Portugal	16,5	7,9	3,5	1,6	22,9
Alemanha	6,2	3,6	0,3	1,1	9,1
Belgica	6,9	6,2	1,0	1,2	12,0
Bulgária	7,6	3,2	0,8	1,2	11,2
Espanha	5,9	4,9	0,5	0,3	9,2
França	12,0	8,5	1,4	0,7	18,4
Holanda	8,8	6,9	1,3	3,0	14,9
Irlanda do Norte	14,6	9,6	3,4	3,5	23,1
Itália	5,8	3,8	0,3	0,1	8,2
Roménia	4,9	2,5	1,9	1,0	8,2
Ucrânia	6,8	10,0	5,1	6,4	21,4
Brasil	19,9	11,8	5,3	3,8	29,6
Estados Unidos	19,0	9,8	10,5	3,8	27,0

Em termos mundiais, os valores de Portugal aproximam-se dos encontrados nos Estados Unidos (27,0%), na Nova Zelândia (20,7%) e França (18,9%), entre os países de alto rendimento, no Brasil (29,6%), entre os países de rendimento médio-alto, e na Colômbia (21,0%) e Ucrânia (20,0%), entre os países de baixo rendimento.

Como se pode ver nos Quadros 1 e 2, o grupo das perturbações de ansiedade é o que apresenta uma prevalência anual mais elevada em Portugal (16,5%), seguido do grupo das perturbações

do humor, com uma prevalência de 7,9%. Com valores muito inferiores encontram-se as perturbações de controlo de impulsos e as perturbações pelo abuso de álcool, respetivamente com prevalências de 3,5% e 1,6%. Uma breve descrição das manifestações clínicas destas e de outras perturbações psiquiátricas mencionadas neste trabalho pode encontrar-se no glossário apresentado no final deste ensaio.

Quadro 2

Prevalência anual de perturbações psiquiátricas por grau de severidade em Portugal (%)

	Perturbações ligeiras	Perturbações moderadas	Perturbações graves	Total
Perturbações de ansiedade	5,3	8,0	3,2	16,5
Perturbações depressivas	0,9	4,7	2,3	7,9
Perturbações de controlo de impulsos	0,6	2,2	0,7	3,5
Perturbações por uso de álcool	0,8	0,7	0,1	1,6
Todas as perturbações	7,3	11,6	4,0	22,9

O grupo das perturbações de ansiedade não só é o que apresenta uma prevalência mais elevada no nosso país, como também o que mais contribui para que, em conjunto com a Irlanda do Norte, nos distingamos dos outros países da Europa em relação à prevalência das perturbações psiquiátricas.

O grupo das perturbações depressivas, embora tenha uma prevalência próxima das mais altas na Europa, não se distingue tanto dos valores médios europeus. O mesmo não se pode dizer do grupo das perturbações de controlo de impulsos que, em conjunto com a Irlanda do Norte e a Ucrânia, se encontra nos primeiros lugares dos países europeus. Em relação ao grupo

das perturbações pelo abuso de substâncias, a comparação com os outros países europeus é difícil porque, no *Estudo Nacional*, apenas se colheram os dados relativos a álcool.

De acordo com o *Estudo Nacional*, os diagnósticos de perturbação psiquiátrica que mais frequentemente se verificaram na população estudada nos 12 meses anteriores foram as fobias específicas (8,6%), a perturbação depressiva maior (6,8%), a perturbação obsessivo-compulsiva (4,4%), a fobia social (3,1%) e a perturbação de stress pós-traumático (2,3%).

As perturbações fóbicas, no seu conjunto, constituem uma parte importante das perturbações de ansiedade, enquanto a depressão maior representa a larga maioria das perturbações do humor. No grupo das perturbações de controlo de impulsos, a perturbação explosiva intermitente ocupa uma posição destacada, com uma prevalência de 1,8%. As perturbações de abuso e dependência de álcool apresentam uma prevalência de 1,6%.

Diferentes perturbações psiquiátricas surgem frequentemente associadas a outras perturbações psiquiátricas e a doenças físicas diversas. O *Estudo Nacional* mostra que a comorbilidade entre doenças psiquiátricas tem uma dimensão significativa: 5,3% dos entrevistados apresentam duas perturbações psiquiátricas simultâneas e 2,9% cumprem os critérios de diagnóstico de três ou mais perturbações.

O conhecimento da prevalência das diferentes perturbações mentais representa, por si só, um avanço importante para a compreensão da saúde mental de uma população. No entanto, para podermos estimar as necessidades de cuidados e planear os serviços capazes de responder a estas necessidades, importa dispor também de informação confiável sobre o grau de severidade destas perturbações. Por esta razão, o estudo foi desenhado

de modo a se poder avaliar a gravidade das perturbações psiquiátricas identificadas.

De acordo com os critérios utilizados, as perturbações graves são as que têm um diagnóstico de perturbação bipolar I ou dependência de substâncias com síndrome de dependência fisiológica ou tentativa de suicídio, em conjugação com qualquer tipo de perturbação da DSM-IV, nos últimos 12 meses, incapacidade severa devida a uma perturbação mental em pelo menos duas áreas de funcionamento medidas pela Escala de Incapacidade de Sheehan, ou incapacidade funcional global consistente com um valor de 50 ou menos na escala de avaliação do nível de funcionamento GAF (*Global Assessment of Functioning*).

Consideram-se perturbações moderadas as das pessoas que têm uma perturbação da DSM-IV nos últimos 12 meses, ou uma dependência de substâncias sem síndrome de dependência fisiológica, com uma interferência moderada em algum dos domínios da Escala de Incapacidade de Sheehan. Todas as outras perturbações são consideradas ligeiras.

Nem todas as pessoas com o diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica necessitam obrigatoriamente de cuidados de saúde. Muitos dos casos de severidade ligeira e parte dos casos de severidade moderada podem não exigir necessariamente cuidados de saúde mental. Os casos de perturbação grave e uma parte importante dos que têm severidade moderada, exigem, porém, cuidados regulares de saúde mental.

No seu conjunto, as perturbações psiquiátricas dos portugueses são na sua maioria de gravidade ligeira e moderada (31,9% e 50,6%, respetivamente), correspondendo os casos graves a 17,5% do total. Isto significa que, ao avaliarmos a capacidade do nosso sistema de saúde mental, devemos ter em consideração que, em termos de percentagem da população geral adulta, 4,0% da

população apresenta uma perturbação psiquiátrica grave, 11,6%, uma perturbação de gravidade moderada e 7,3%, uma perturbação de gravidade ligeira.

As perturbações depressivas, com, respetivamente, 11,7%, 59,0% e 29,3% de gravidade ligeira, moderada e grave, apresentam um padrão de maior gravidade que os outros grupos. Entre as perturbações que apresentam uma maior percentagem de casos graves destacam-se a perturbação de déficite de atenção/hiperatividade (68,4%), a perturbação bipolar e a perturbação de oposição/desafio, ambas com 45,0%, a agorafobia sem pânico (39,9%) e a dependência de álcool (39,2%).

A comorbidade está associada a uma maior percentagem de situações graves: enquanto a proporção de casos graves entre as pessoas com um só diagnóstico é de 10,2%, esta proporção sobe para 20% entre as pessoas com dois diagnósticos e para 50,2% entre as pessoas com três ou mais diagnósticos.

Em relação ao suicídio, a taxa de mortalidade padronizada por suicídio variou, nos últimos cinco anos avaliados (2010-2014), entre os valores de 8,1/100 000 e 8,9/100 000 habitantes. Com o início, em janeiro de 2014, da aplicação, em todo o território nacional, do sistema SICO (Sistema de Informação dos Certificados de Óbito), o novo método de registo dos suicídios, é muito provável que tenha diminuído o número de suicídios incorretamente registados como mortes por causa indeterminada. De qualquer modo, a análise dos dados dos últimos cinco anos mostra que se verifica uma tendência crescente nas taxas de mortalidade padronizada por suicídio, a partir de 2011, mais expressiva na faixa etária dos 70 ou mais anos, mas também presente no grupo dos menos de 70 anos (DGS, 2015).

2. Influência dos fatores sociodemográficos

Em Portugal, à semelhança da generalidade dos países, as mulheres apresentam um risco maior do que os homens de sofrerem de perturbações depressivas e de ansiedade, enquanto os homens têm uma maior probabilidade de sofrerem de perturbações do controlo de impulsos e de perturbações pelo abuso de substâncias. De notar, porém, que no estudo português a associação entre género feminino e perturbação afetiva só foi estatisticamente significativa nos escalões etários até aos 49 anos, enquanto nas perturbações de ansiedade essa associação foi mais homogénea e constante. Por outras palavras, o risco de ter uma perturbação de ansiedade é sempre maior nas mulheres, em todas as fases da vida, enquanto, em relação às perturbações afetivas, este risco é especialmente pronunciado até aos 49 anos. No que se refere à esquizofrenia, o risco é praticamente idêntico nos dois sexos, embora tenha um começo geralmente mais tardio nas mulheres.

Em suma, quem tem mais perturbações psiquiátricas – mulheres ou homens? Uns têm predominantemente uns tipos de perturbação, enquanto outros têm predominantemente outros tipos. Como as perturbações de ansiedade e as perturbações depressivas têm uma prevalência muito mais elevada que as perturbações do controlo de impulsos e as perturbações pelo abuso de substâncias, o risco de sofrer uma qualquer perturbação mental acaba por ser, em Portugal, significativamente maior entre as mulheres.

Contrariamente ao que frequentemente se pensa, o grupo dos mais idosos apresenta menor risco, em relação aos grupos com menos idade, de sofrer de perturbações depressivas, de ansiedade e de abuso de substâncias.

O grupo de pessoas anteriormente casadas (separados/divorciados/viúvos) apresenta um risco mais elevado de sofrer de perturbações depressivas e por abuso de substâncias, enquanto os que nunca se casaram estão associados a maior risco de perturbações por abuso de substâncias e de perturbações de controlo de impulsos.

No que respeita à influência do nível de educação, os dados encontrados em Portugal mostram que o grupo das pessoas com um nível de educação médio-baixo apresenta maior risco de sofrer de perturbações de controlo de impulsos e de perturbações por abuso de substâncias.

Ao contrário do que se verificou em muitos outros países, o nível de rendimento, tal como foi estimado no estudo, não mostrou associações significativas com as variáveis de morbilidade psiquiátrica.

3. Impacto das perturbações mentais

Como referido no primeiro capítulo, as doenças mentais têm, em todos os países, um impacto altamente gravoso em vários domínios da vida das pessoas, das famílias e da sociedade. Este impacto traduz-se em enorme sofrimento individual, em níveis elevados de incapacidade nas atividades de vida diária, no trabalho e nas relações com os outros, em custos económicos diretos e indiretos de uma enorme magnitude e em custos elevadíssimos associados à redução da produtividade.

Hoje já é possível estimar com algum rigor o impacto das doenças mentais em muitas destas dimensões. Noutras, muito trabalho há ainda a fazer para que se consiga chegar a uma avaliação minimamente rigorosa. Como medir, por exemplo, os custos que doenças depressivas graves de mulheres com filhos

podem representar em termos da saúde mental futura destes filhos? Como medir os custos, para o capital social de um país, que poderão resultar de uma taxa elevada de perturbações mentais ou de problemas de saúde mental que dificultam a cooperação e coesão entre pessoas e grupos desse país?

Malgrado estas limitações, como mostraremos de seguida, dispomos já de alguns dados relevantes sobre o impacto das perturbações mentais em várias dimensões da vida das pessoas e da sociedade em Portugal.

DALYS e anos de vida vividos com incapacidade

Com o desenvolvimento do conceito de carga das doenças (*burden of diseases*) e a criação de metodologias para medir os DALYs (anos ajustados de vida por incapacidade) e os *years lived with disability* (anos vividos com incapacidade), tornou-se possível ter uma aproximação muito mais rigorosa de uma parte fundamental das consequências negativas das doenças mentais, em termos de anos de vida perdida por mortalidade prematura e por incapacidade.

Como referimos atrás, os estudos sobre a carga das doenças mentais transformaram radicalmente a visão das doenças mentais a nível mundial. Graças aos trabalhos do grupo internacional do *Burden of Diseases*, sabe-se que, em 2010, as doenças mentais representavam uma taxa de 11,75% de todos os DALYs em Portugal (DGS, 2014). A depressão surge em primeiro lugar, com 4,13% de todos os DALYs, seguindo-se as perturbações de ansiedade, com 1,8%.

De sublinhar que, comparando estes números de 2010 com os relativos a 1990, se verifica um aumento significativo em todos os subgrupos, tal como encontrado a nível mundial e a nível europeu.

Em termos de anos de vida vividos com incapacidade, as doenças mentais e do comportamento, em Portugal, correspondiam, em 2010, a 23,38 % do total de todas as doenças.

Estes números significam que, em Portugal, mais de um décimo dos anos de vida perdida, por se morrer prematuramente ou se ficar incapacitado por causa de uma qualquer doença, é da responsabilidade das doenças mentais.

A parte mais significativa destes anos perdidos deve-se à incapacidade. Entre todas as perturbações mentais, a depressão é a que tem um impacto mais significativo a este nível, por causa da sua forte interferência nos vários domínios da vida das pessoas que dela sofrem (tarefas de vida diária, trabalho e relações sociais) e da sua elevada prevalência. Seguem-se as perturbações de ansiedade, que, embora com impacto um pouco menor na vida das pessoas, têm entre nós uma prevalência elevadíssima. Em terceiro e quinto lugares encontram-se, respetivamente, as perturbações de uso de substâncias e de álcool, o que prova que estes dois grupos continuam a ter um impacto muito significativo no nosso país. A esquizofrenia, apesar da sua reduzida prevalência (cerca de 1% ao longo da vida), aparece em quarto lugar, por duas razões: porque é uma doença com uma evolução prolongada e porque continua a ter, em muitos casos, uma forte interferência em muitas áreas da vida das pessoas.

Perturbações mentais, absentismo e presenteísmo

Um dos impactos mais significativos das perturbações mentais verifica-se na diminuição da produtividade resultante do absentismo (faltas ao trabalho por doença) e do presenteísmo (comparência ao trabalho com produtividade reduzida por causa de doença).

De acordo com os resultados do *Estudo Nacional de Saúde Mental*, as pessoas que sofrem de uma qualquer perturbação mental, no nosso país, faltaram ao trabalho no ano anterior, 22,5 dias, em média, por causa da sua perturbação mental (Caroso *et al.*, 2017).

As cinco situações médicas mais incapacitantes para o trabalho, em Portugal, incluem três perturbações mentais – perturbação de stress pós-traumático (64,7 dias de incapacidade/ano), doença bipolar (63,5 dias de incapacidade/ano) e ansiedade generalizada (54,3 dias de incapacidade/ano) – e duas perturbações físicas: perturbações digestivas (66,2 dias de incapacidade/ano) e neoplasias (47,6 dias de incapacidade/ano).

Os resultados do *Estudo Nacional* mostram que as 18 situações clínicas consideradas neste estudo explicam mais de três quartos de todos os dias de total incapacidade para o trabalho, sendo as perturbações físicas responsáveis por 59,2% e as perturbações mentais por 20,2%, de todos os dias de total incapacidade. Estes números são mais elevados do que os encontrados nos países com um nível de desenvolvimento semelhante ao nosso, que apresentaram valores, respetivamente, de 52,7% e 16,0%.

O impacto das doenças mentais na incapacidade para o trabalho é ainda mais significativo se entrarmos em consideração com duas questões adicionais. Por um lado, a incapacidade parcial resultante de perturbações mentais é responsável, em países com o nível de desenvolvimento de Portugal, por adicionar aos dias de absentismo atrás referidos mais 23 dias/ano de presenteísmo (Bruffaerts *et al.*, 2012). Por outro lado, as condições físicas consideradas no estudo português incluíam várias situações com forte compromisso psicológico (por exemplo, cefaleias severas, enxaqueca e insónia), o que sugere um impacto ainda mais pronunciado dos problemas de saúde mental.

Em resumo, o *Estudo Nacional* de 2010 mostra que no nosso país o impacto das doenças mentais na falta ao trabalho e no presenteísmo é bastante elevado, excedendo o impacto verificado noutros países do mesmo nível de desenvolvimento. Uma explicação possível é certamente a alta prevalência de doenças mentais em Portugal. Não é de excluir, porém, que outros fatores, como características culturais, sociais e económicas da sociedade portuguesa, possam influenciar a associação entre doenças mentais e a incapacidade para o trabalho, entre nós.

Impacto económico

Na maior parte dos países existem dados disponíveis sobre os custos diretos das doenças mentais associados a cuidados de saúde. Os valores encontrados variam muito de país para país, podendo ir de menos de 1% do orçamento geral da saúde até 20% deste orçamento. Na Europa, a proporção do orçamento de saúde, alocada à saúde mental, varia entre os 2% e os 13,4%, com uma mediana de 5,5%. Como é óbvio, os custos diretos dependem em grande medida do investimento que cada país faz nos cuidados de saúde mental. Regra geral, os países com menores recursos dedicam à saúde mental as percentagens mais baixas do orçamento da saúde, o que faz com que em alguns deles as verbas atribuídas à saúde mental acabem por ser extremamente reduzidas. Pelo contrário, e comprovando a regra de que o interesse dedicado à saúde mental vai aumentando à medida que as sociedades se vão desenvolvendo e democratizando, os países mais desenvolvidos têm geralmente uma atribuição mais generosa – e mais proporcional à carga relativa das doenças mentais – aos cuidados de saúde mental.

Em Portugal, os dados conhecidos apontam para orçamentos de saúde mental por volta dos 5,2% do orçamento geral da saúde, o que nos coloca um pouco abaixo da mediana europeia (5,5%).

Os custos diretos representam, contudo, apenas uma pequena parte dos custos totais associados às doenças mentais. Todos os estudos mostram que os custos indiretos são extremamente elevados nestas doenças.

Um estudo recente sobre os custos das doenças do cérebro na Europa estimou os custos anuais, nos vários países europeus, das doenças mentais e doenças neurológicas, com base num modelo desenvolvido a partir das “melhores estimativas”, derivadas de revisões sistemáticas da literatura, efetuadas por painéis de peritos em epidemiologia e de economistas da saúde (Olesen *et al.*, 2012).

Os resultados do estudo apontam, para Portugal, uma estimativa de custos anuais totais de 13 130 milhões de euros, com as doenças do cérebro. Deste total, estima-se que 7615 milhões correspondem às doenças mentais, com 37% deste valor (2818 milhões) relacionado com custos diretos associados a cuidados de saúde, 23% (1752 milhões) relacionado com custos diretos não médicos e 40% (3046 milhões) resultante de custos indiretos (Olesen *et al.*, 2012).

III. O bem-estar mental dos portugueses

“Les Portugais sont toujours gais! Qu’il fasse beau, qu’il fasse laid, au mois de décembre ou de mai, les Portugais sont toujours gais!” Assim eram descritos os portugueses numa ária de uma ópera cómica que fez sucesso em Paris, no final do século XIX. Seriam mesmo sempre alegres os portugueses nesses tempos e continuarão a sê-lo, hoje em dia? Ou terão mais razão aqueles, e são muitos, que descrevem os portugueses como melancólicos, tristonhos e pouco exuberantes? Provavelmente, nem uma nem outra visão corresponde inteiramente à verdade, e a compreensão da forma como os portugueses vivem e exprimem a sua satisfação com a vida não se compadece com visões reducionistas e simplistas.

Os estudos realizados sobre a saúde mental positiva e o bem-estar oferecem-nos alguns contributos interessantes para a discussão deste tema.

Os estudos do Eurobarómetro, dedicados à saúde mental e ao bem-estar, em 2005/6 e em 2010 (Eurobarometer 248, 2006; Eurobarometer 73.2, 2010), fazem uma análise do que designam de bem-estar mental, com base nos resultados obtidos através de quatro perguntas colocadas a amostras representativas das populações dos países da União Europeia. Os temas abrangidos pelas perguntas são o sentimento de felicidade, o sentimento de

calma e paz, a sensação de se estar cheio de vida e a sensação de que se tem muita energia.

Os resultados do estudo de 2005/6 mostram que Portugal, no contexto europeu, apresenta valores francamente baixos nas dimensões de felicidade e calma/paz. No primeiro, Portugal fica em 21.º lugar entre 30 países, com 56% das pessoas a afirmarem que se sentem felizes a maior parte do tempo (média europeia de 65%); no segundo, Portugal aparece em 24.º lugar, com 50% das pessoas a afirmarem que se sentem calmas e em paz a maior parte do tempo (média europeia de 63%). Nas dimensões de sentimento de se estar cheio de vida e de ter muita energia, a situação de Portugal é mais favorável, sobretudo no que diz respeito à primeira. Na verdade, nesta, Portugal está em 15.º lugar, com 62% de respostas positivas (média europeia de 64%), enquanto na segunda aparece em 20.º lugar, com 46% de respostas positivas (média europeia de 55%).

De 2005/6 para 2010, verifica-se uma ligeira melhoria na dimensão de felicidade (na qual Portugal sobe de 56% para 60% de respostas positivas e passa para o 16.º lugar do *ranking* de países) e na dimensão de calma/paz (na qual Portugal sobe de 50% para 55% de respostas positivas, mas mantendo o muito modesto 24.º lugar), continuando com valores sensivelmente iguais nas outras duas dimensões.

A New Economics Foundation publicou os perfis nacionais de bem-estar na Europa (New Economics Foundation, 2008), construídos com base num conjunto de indicadores que permitem obter uma pontuação do bem-estar pessoal e uma pontuação do bem-estar social. A primeira resulta de perguntas relacionadas com satisfação com a vida, emoções positivas, ausência de emoções negativas, vitalidade, resiliência e autoestima. A segunda tem a ver com perguntas relacionadas com relações sociais, confiança e pertença a grupos, funcionamento positivo.

Portugal tem valores muito baixos, em comparação com a média europeia, nos indicadores de bem-estar pessoal, enquanto nos indicadores de bem-estar social apresenta valores significativamente mais altos e mais próximos das médias europeias (particularmente no indicador de relações sociais, que apresenta um valor mais alto que a média de todos os países).

Em termos do *ranking* europeu, neste estudo Portugal situa-se em 18.º lugar (em 22 países) no bem-estar pessoal, enquanto aparece em 7.º lugar no bem-estar social. No Índice Integrado de Bem-Estar, construído através da combinação do bem-estar pessoal e do bem-estar social, com uma ponderação de 2:1, Portugal fica em 18.º lugar.

Que conclusões retirar destes estudos?

Primeiro, que Portugal apresenta, de uma forma continuada e consistente, valores muito baixos nos indicadores de bem-estar mental que focam os sentimentos positivos, a ausência de sentimentos negativos, a satisfação com a vida e a sensação de energia, fazendo parte, nestas dimensões, do grupo dos países europeus que apresentam valores mais modestos. De notar que, em ambos os estudos do Eurobarómetro, a dimensão de bem-estar emocional mais baixo é a de sentimento de calma/paz e não a de felicidade. Ou seja, tal como no *Estudo Nacional* de prevalência de doenças mentais, a dimensão onde se encontram níveis mais negativos é a do eixo ansiedade – calma/paz e não a do eixo depressão – felicidade.

Segundo, que, embora de uma forma menos acentuada que nos indicadores anteriores, se verificam também níveis baixos a nível da energia, da vitalidade e do funcionamento positivo.

Finalmente, que nos indicadores mais relacionados com a dimensão social – relações com outros, confiança e pertença –, bem como na resiliência e autoestima, a situação é muito

diferente. Os portugueses não são sempre alegres, não se sentem e não se reconhecem muito satisfeitos com a vida, não se sentem cheios de energia, nem sempre têm um nível alto de funcionamento, mas, ao mesmo tempo, sentem que pertencem a grupos que os apoiam e em que confiam e têm uma resiliência e uma autoestima razoáveis.

Uma questão que não se pode deixar de colocar é a de se saber até que ponto a crise económica dos últimos anos influenciou ou não a saúde mental positiva e o bem-estar dos portugueses.

A acreditar no Relatório Mundial da Felicidade de 2016 (Helliwell, Layard & Sachs, 2016), o impacto foi significativo. Na lista dos 125 países estudados, Portugal é um dos mais afetados pela crise neste domínio. Com uma diminuição de 0,282 do nível de felicidade, entre 2005-2007 e 2013-2015, Portugal encontra-se em 94.º lugar, fazendo parte de um grupo que inclui também outros países do sul da Europa.

Acompanhando as diferentes iniciativas internacionais de medição da qualidade de vida das pessoas, o Instituto Nacional de Estatística criou um Índice de Bem-Estar que permite monitorizar o bem-estar e o progresso social em duas vertentes determinantes – condições materiais de vida das famílias e qualidade de vida. O Índice desagrega-se em dez domínios de análise, sendo “Relações sociais e bem-estar subjetivo” um deles.

Na vertente da qualidade de vida, o Índice tem vindo a recuperar ultimamente do que perdeu durante a crise. No que diz respeito ao domínio mais especificamente ligado ao bem-estar subjetivo, verificou-se uma ligeira descida em 2008, seguida de um regresso aos níveis anteriores, e tendo-se mantido estável desde então (INE, 2017).

IV.

Cuidados de saúde mental em Portugal

I. Como está organizado o nosso sistema de saúde mental

Tal como na generalidade dos países, é nos cuidados chamados informais que os portugueses geralmente encontram uma boa parte dos apoios que ajudam as pessoas a enfrentarem os primeiros embates das crises que afetam a sua saúde mental e, em muitos casos, a lidar com as dificuldades que acompanham as doenças mentais já estabelecidas.

É impossível quantificar esta parte dos cuidados que não é prestada por serviços de saúde. No entanto, se tomarmos em consideração os dados dos estudos sobre o bem-estar mental, referidos anteriormente, que mostram a importância que continuam a ter em Portugal, neste domínio, a matriz familiar e a matriz social, temos de admitir que é altamente provável que familiares, vizinhos, amigos e outros membros das comunidades tenham no nosso país um papel particularmente relevante na prestação de cuidados a pessoas com problemas de saúde mental.

É certo que a concentração crescente das pessoas em meios urbanos tem diminuído significativamente a coesão e entreejada de famílias e comunidades, mas todos os dados sugerem que

a família alargada continua a ter um papel em Portugal muito maior do que na maioria dos outros países europeus.

Um campo onde o papel dos familiares revela ser indiscutivelmente decisivo é o dos cuidados a doentes mentais graves. No nosso país, um número elevado destes doentes continua a depender em larga medida dos cuidados de familiares que, muitas vezes, com apoios extremamente reduzidos dos serviços de saúde e dos serviços sociais, se veem obrigados a dedicar muito tempo e muitos esforços para atender às necessidades de cuidados dos membros da sua família que sofrem de uma doença mental.

Cuidados de saúde mental a nível dos cuidados primários

Não havendo cuidados informais disponíveis ou revelando-se estes incapazes de prestar as respostas necessárias, as pessoas acabam, mais cedo ou mais tarde, por procurar o apoio dos serviços de saúde que podem assegurar cuidados formais de saúde mental. Estes incluem serviços públicos, serviços privados e os chamados serviços da área social, termo geralmente usado para designar as instituições de saúde mental das ordens religiosas e outras organizações não governamentais que trabalham na área da saúde mental.

Como referido no capítulo 1, os cuidados de saúde mental podem ser prestados nos três níveis considerados na pirâmide de serviços da OMS – cuidados primários, cuidados especializados (cuidados comunitários de saúde mental e cuidados de saúde mental no hospital geral) e cuidados altamente especializados (cuidados para crianças e adolescentes, cuidados de psiquiatria forense, etc.).

Os cuidados de saúde primários registaram um desenvolvimento muito significativo em Portugal a partir dos anos 80. O impacto deste progresso no acesso dos portugueses a cuidados de saúde mental foi enorme. A cobertura progressiva do país por uma rede de centros de saúde e unidades de saúde familiar levou a que cada vez mais pessoas passassem a recorrer aos serviços de saúde por causa de um problema de saúde mental, e o fizeram crescentemente ao nível dos cuidados primários. Nos anos 90, os problemas de saúde mental surgiam já entre os quatro principais motivos de procura dos cuidados de saúde primários em Portugal (Caldas de Almeida *et al.*, 2007). Dados dos últimos anos, por sua vez, revelam que, em 2016, as perturbações ansiosas e depressivas representavam 6,06% e 9,3%, respetivamente, das médias da proporção de inscrições nos cuidados de saúde primários nas várias regiões do país (DGS, 2017).

Como comprovado pelo *Estudo Nacional de Saúde Mental*, atualmente, a maioria das pessoas que recebem cuidados de saúde mental em Portugal fá-lo a nível dos cuidados primários. É assim que deve ser. Os médicos de medicina geral e familiar, em conjunto com os outros profissionais dos cuidados de saúde primários, têm condições únicas para assegurar cuidados acessíveis e continuados às pessoas com problemas de saúde mental e perturbações mentais de gravidade ligeira e moderada. Por causa do estigma frequentemente associado às doenças mentais e às instituições psiquiátricas, estas pessoas mais facilmente aceitam pedir apoio a um médico de família do que ir a um serviço de psiquiatria. Por outro lado, o conhecimento que muitas vezes o médico de família tem da história médica anterior do doente e a maior facilidade com que pode abordar os problemas de saúde mental e de saúde física de uma forma integrada constituem um capital altamente valioso na

prática clínica a nível dos cuidados primários. Claro que alguns casos de maior gravidade necessitam de cuidados especializados em algumas fases da sua evolução, mas, mesmo nestes casos, o médico de medicina geral e familiar pode e deve ter um papel importante no diagnóstico e tratamento inicial, na referência para os cuidados especializados e no seguimento do caso após estabilização clínica.

Serviços de saúde mental especializados

Para a maioria da população, os cuidados especializados de saúde mental são assegurados essencialmente pelos serviços públicos de saúde mental do Serviço Nacional de Saúde e pelas instituições do setor social que têm um acordo com o SNS na área da saúde mental. Um número significativo de pessoas, impossível de determinar, recorre a consultas privadas de psiquiatria e psicologia, pagas do bolso dos utentes ou através da ADSE e de seguros de saúde. Um número muito reduzido de pessoas recebe cuidados de internamento em clínicas privadas.

O sistema público de saúde mental incluía, em 2016, 44 serviços de saúde mental de adultos: 41 departamentos ou serviços de psiquiatria e saúde mental de hospitais gerais e três hospitais psiquiátricos (o Hospital Magalhães Lemos, no Porto; o Hospital Sobral Cid – integrado no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) –, e o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL). Em relação aos cuidados para crianças e adolescentes, existem 38 serviços, unidades e consultas de psiquiatria e saúde mental da infância e da adolescência (DGS, 2017).

A este conjunto de serviços deve-se ainda adicionar 12 instituições do setor social, com acordo com o SNS na área da saúde mental. Estas instituições, pertencentes na sua maioria às ordens

religiosas, têm uma longa tradição de prestação de cuidados de saúde mental no nosso país. Durante muito tempo, predominantemente dedicadas à prestação de cuidados de longa evolução a doentes mentais graves, mais recentemente passaram a estender cada vez mais a sua ação ao tratamento de doentes agudos, a programas para perturbações de uso do álcool e a programas de reabilitação psicossocial.

No seu conjunto, em 2016, o setor público tinha 1826 camas de internamento psiquiátrico para adultos e 34 camas para internamento de crianças e adolescentes, enquanto o setor social tinha 3721 camas de internamento (DGS, 2017).

Comparando estes dados com os de 2005, antes do início do Plano Nacional de Saúde Mental, verifica-se que a transição do internamento nos hospitais psiquiátricos para o internamento nos hospitais gerais, iniciado a partir dos anos 90, intensificou-se significativamente entre 2005 e 2016. Enquanto o número de camas nos primeiros diminuiu de 1713 para 594, nos hospitais gerais aumentou de 1010 para 1232.

Devido à suspensão do desenvolvimento dos cuidados continuados de saúde mental, verificada entre 2011 e 2016, este setor de cuidados de saúde mental, que constituía a pedra de toque da reforma iniciada com o Plano Nacional de Saúde Mental, permaneceu praticamente reduzido ao que tinha sido possível criar ao abrigo do despacho 407/98. Em 2016 existiam, em todo o país, 217 lugares em unidades residenciais e 778 lugares em unidades socio-ocupacionais.

Apesar destas e de outras insuficiências, longe estão os tempos em que os cuidados de saúde mental, a nível dos serviços públicos, se reduziam quase por completo aos cuidados prestados por cinco hospitais psiquiátricos, com 3700 camas, localizados nas três maiores cidades do país, e a duas clínicas

universitárias localizadas em hospitais gerais, a que se juntavam seis instituições psiquiátricas pertencentes às ordens religiosas, com 3100 camas, utilizadas principalmente por pacientes crónicos.

O antigo sistema, que vigorou até aos anos 60 do século passado, era predominantemente asilar e caracterizava-se pela falta de acessibilidade e pela reduzida diferenciação dos tratamentos disponíveis.

Desde então, esforços significativos foram desenvolvidos para se promover a reestruturação e modernização dos serviços de saúde mental. O principal objetivo da reorganização dos serviços tem sido a transição dos cuidados de saúde mental de longa duração prestados em hospitais psiquiátricos para serviços comunitários e unidades em hospitais gerais, integrados no sistema geral de saúde e mais acessíveis para as populações.

Tem sido uma transição complexa e difícil, marcada por inúmeras vicissitudes associadas às mudanças que foram ocorrendo a nível social, económico e político. No capítulo VI, dedicado às políticas de saúde mental em Portugal, abordaremos com algum detalhe as principais fases desta transição. Refira-se desde já, no entanto, que os princípios que atualmente orientam a organização dos serviços de saúde mental em Portugal são os que foram definidos nos anos 90, com a aprovação da Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98) e o Decreto-Lei n.º 35/99, que a regulamentou.

De acordo com a Lei de Saúde Mental, os serviços de saúde mental passaram a dividir-se em serviços locais de saúde mental e em serviços regionais de saúde mental, constituindo os primeiros a base do Sistema Nacional de Saúde Mental.

Os serviços locais têm a responsabilidade de “assegurar a prestação de cuidados globais essenciais de saúde mental, quer

a nível ambulatorio quer de internamento, à população de uma área geográfica determinada, através de uma rede de programas e serviços que assegurem a continuidade de cuidados”. Para cumprir estes objetivos, a rede de serviços locais deve, em princípio, integrar as seguintes áreas funcionais:

- “a) Consulta externa e intervenção na comunidade, nomeadamente apoio domiciliário e desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção da doença, a assegurar, em cada sector geodemográfico com cerca de 80 000 habitantes, por equipas multiprofissionais;
- b) Internamento completo de doentes agudos, preferencialmente em hospitais gerais;
- c) Internamento parcial;
- d) Atendimento permanente das situações de urgência psiquiátrica, em serviços de urgência de hospitais gerais ou no âmbito de estruturas de intervenção na crise;
- e) Prestação de cuidados especializados a doentes internados em ligação com outras especialidades.”

Comparando o modelo de organização de serviços de saúde mental proposto na nossa Lei de Saúde Mental com o modelo mais tarde consagrado pela OMS e pela União Europeia (OMS, 2013; Comissão Europeia, 2016-b), verifica-se que há uma coincidência praticamente total entre ambos os modelos.

A base dos serviços especializados em ambos os modelos são o internamento de doentes agudos no hospital geral e os serviços na comunidade. Estes desenvolvem o seu trabalho em estreita colaboração com os cuidados primários e as estruturas de reabilitação psicossocial da área geodemográfica respetiva. Como salienta a Lei portuguesa, “a consulta externa

e a intervenção na comunidade desenvolvem-se quer através de estruturas próprias, quer em articulação com os centros de saúde e respectivos profissionais, designadamente os médicos de família e, no âmbito da saúde mental da infância e da adolescência, também em articulação com os estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário”.

De modo a garantir um financiamento e uma gestão eficiente desta rede, a Lei prevê que os SLSM se organizem sob a forma de departamento ou de serviço de hospital geral, de acordo com a respetiva área de influência, devendo constituir centros de responsabilidade, dotados de orçamentos e programas próprios.

Passados quase 30 anos, nem um único departamento de saúde mental no país passou a centro de responsabilidade, o que explica em grande parte porque é que tem sido tão difícil superar muitos dos obstáculos que têm impedido a modernização dos nossos serviços de saúde mental.

A existência de dispositivos e programas de reabilitação psicossocial é um aspeto essencial dos cuidados comunitários de saúde mental. A Lei também não ignorou esta questão, prevendo a criação de unidades de reabilitação psicossocial, designadamente centros socio-ocupacionais, estruturas residenciais para doentes de evolução prolongada e estruturas para treino e reinserção profissional, através da cooperação entre os setores da saúde e da segurança social.

Esta cooperação tornou-se possível com o Despacho Conjunto n.º 407/98, que regulamentou a coordenação dos setores sociais e de saúde na prestação de cuidados psicossociais para as pessoas com incapacidade causada por doença mental, e com a Portaria n.º 348-A/98, que veio viabilizar a criação e o financiamento de vários tipos de dispositivos de reabilitação

psicossocial: unidades de vida apoiada, unidades de vida protegida, unidades de vida autónoma e fóruns socio-ocupacionais.

Estes desenvolvimentos vieram permitir, pela primeira vez no nosso país, a criação de unidades residenciais na comunidade. Os fóruns socio-ocupacionais, por seu turno, são centros de dia que visam a reinserção sociofamiliar e/ou profissional, ou a eventual integração em programas de formação ou de emprego protegido de pessoas com desvantagem de origem psíquica.

Todos estes dispositivos foram mais tarde, no contexto do Plano de Saúde Mental, objeto de importantes desenvolvimentos legislativos. Através do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, criaram-se as bases de uma rede de cuidados continuados de saúde mental, integrando unidades residenciais, unidades socio-ocupacionais e equipas de apoio domiciliário, que se articulam com os serviços locais de saúde mental e com a rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) (cfr. n.º 2, do mencionado artigo 1.º).

Serviços altamente especializados

No nosso sistema de saúde mental os serviços do último nível da pirâmide da OMS devem “[...] prestar apoio e funcionar de forma complementar aos serviços locais de saúde mental das regiões de saúde [...]” e devem existir a nível regional (em Lisboa, Porto e Coimbra), sendo, por isso, denominados serviços regionais. Atualmente compreendem os serviços de internamento para crianças e adolescentes e os serviços de psiquiatria forense, tendo sido também prevista a criação de serviços regionais para doentes especialmente complexos, dificilmente manejáveis a nível dos serviços locais.

Hospitais psiquiátricos

A terminar esta breve descrição da arquitetura e competências do nosso sistema de saúde mental, impõe-se uma breve referência aos hospitais psiquiátricos, que no passado foram a base de todo o sistema e que hoje já não se enquadraram em nenhum dos níveis da pirâmide da OMS.

Os hospitais psiquiátricos são instituições que originalmente faziam um pouco de tudo, desde consultas externas a cuidados asilares para doentes de longa evolução, e que, de acordo com a conceção atual, devem ser substituídas por uma rede de serviços mais bem integrados no sistema geral de saúde e mais baseados na comunidade. As razões para esta substituição tiveram que ver, no início, sobretudo com as violações de direitos humanos frequentemente encontradas nos antigos hospitais psiquiátricos. A estas razões juntaram-se, posteriormente, por um lado, questões de acessibilidade e efetividade clínica e, por outro, o reconhecimento crescente da necessidade de integrar os cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde.

De acordo com a atual Lei de Saúde Mental e com o Plano Nacional de Saúde Mental, os hospitais psiquiátricos são estruturas que progressivamente deverão ser substituídas por serviços de base comunitária e serviços em hospitais gerais. Até que se complete o desenvolvimento destes novos serviços, os hospitais psiquiátricos deverão continuar, segundo a nossa Lei, “[...] a assegurar os cuidados de nível local nas áreas geodemográficas pelas quais sejam responsáveis [...] enquanto nestas áreas não forem criados serviços locais [...]”, a “[d]isponibilizar respostas de âmbito regional em valências que exijam intervenções predominantemente institucionais [...]”, e a “[a]ssegurar os cuidados exigidos pelos doentes de evolução prolongada que

neles se encontram institucionalizados e promover a humanização e melhoria das condições de vida, desenvolvendo programas de reabilitação adaptados às suas necessidades específicas e apoiando a sua reinserção na comunidade” (cfr. n.º 1 do artigo 16.º do Decreto-Lei n.º 35/99).

2. Atividades dos serviços de saúde mental

A análise das atividades desenvolvidas pelos serviços públicos de saúde mental nos últimos anos (Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental, 2017), indica que, em 2016, se realizaram 19 679 internamentos psiquiátricos, na sua grande maioria com diagnósticos de psicose e depressão. Do total dos doentes internados que tiveram alta neste ano, mais de 70% foram tratados em hospitais gerais, o que mostra que a transição do hospital psiquiátrico para o hospital geral se encontra, em grande parte, realizada no nosso país. Em regime de hospital de dia foram realizadas 251 799 sessões no mesmo ano, para adultos e para crianças/adolescentes. No que se refere a consultas externas, foram registadas 726 680 consultas de adultos, crianças e adolescentes. Finalmente, realizaram-se 23 904 visitas domiciliárias.

Comparando estes números com os valores registados nos mesmos indicadores em 2005, verifica-se que, entre 2005 e 2016, se registou uma muito ligeira diminuição do número de internamentos (-2%), acompanhada de um aumento muito marcado de sessões de hospital de dia (+102%) e de consultas externas (+51%).

Estes dados significam que, se o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários permitiu estender cuidados de saúde mental básicos a uma parte significativa da população portuguesa, a criação de centros de saúde mental e, posteriormente,

de departamentos e serviços de psiquiatria e saúde mental em hospitais gerais, conduziu a uma extensão de cuidados de saúde mental especializados a todas as regiões do país e a uma aproximação muito maior destes cuidados aos locais onde as pessoas vivem. Foi esta evolução que foi tornando cada vez mais dispensáveis os hospitais psiquiátricos, e acabou por levar ao encerramento do mais antigo hospital psiquiátrico em Portugal, o Hospital Miguel Bombarda, em 2011.

No momento em que este livro é escrito, continua a faltar, todavia, o terceiro desenvolvimento fundamental das reformas dos serviços de saúde mental – a criação de uma rede de serviços na comunidade, incluindo equipas multidisciplinares de saúde mental, idealmente com base em centros de saúde mental, dispositivos residenciais, áreas de dia e programas de reabilitação psicossocial verdadeiramente implantados na comunidade e não, como continua a existir entre nós, dentro das instituições.

A paragem do processo de desenvolvimento dos cuidados continuados de saúde mental verificada em 2011 representou um rude golpe no desenvolvimento dos cuidados de saúde mental na comunidade e na modernização do sistema de saúde mental em Portugal, uma vez que constituía uma peça fundamental no processo de reforma iniciado com o Plano Nacional de Saúde Mental. Outros fatores, porém, contribuíram para esta situação: entre outros, cabe destacar a vulnerabilidade do poder político às pressões de setores resistentes à mudança, a persistência de um modelo de gestão e financiamento obsoleto e com inúmeros efeitos perversos e a dificuldade em se adotar uma política de recursos humanos adaptada às necessidades reais dos serviços.

Deixando para o capítulo sobre políticas de saúde mental a abordagem dos dois primeiros fatores, analisemos os dados sobre os recursos humanos dos serviços de saúde mental públicos.

Nos serviços de saúde mental de adultos trabalhavam, em 2016, 935 médicos. Em termos absolutos são rácios aceitáveis. As assimetrias entre regiões, contudo, são enormes. A situação em relação aos outros grupos profissionais é profundamente diferente. Nos serviços trabalhavam 112 enfermeiros, um número sensivelmente igual ao dos médicos, quando, segundo a OMS (2003), deveria ser várias vezes superior a este, acompanhados por 262 psicólogos, 86 técnicos de serviço social e 70 terapeutas ocupacionais. Esta composição não só é perfeitamente irracional, como compromete, à partida, qualquer tentativa séria de trabalho integrado e abrangente centrado na comunidade. De notar que, entre 2006 e 2016, o número de pedopsiquiatras cresceu 37% e o número de psiquiatras de adultos aumentou 17%, mas nos outros grupos profissionais verificou-se uma tendência inversa.

A análise dos dados mais recentes dos serviços do chamado setor social revela que, como referido anteriormente, uma parte significativa das camas em hospitais psiquiátricos pertence a instituições deste setor, que em 2016 totalizava 3721 camas, maioritariamente utilizadas em cuidados para doentes de longa evolução.

Os dados evidenciam ainda que, entre 2005 e 2016, se verificou um aumento de 3320 para 3721 camas neste setor. Isto significa que se continuam a criar camas psiquiátricas em grandes instituições, quando todas as recomendações internacionais, bem como o Plano Nacional de Saúde Mental, apontam para a necessidade de transferir os cuidados das instituições para os hospitais gerais e a comunidade. E mostra que, nos últimos anos, se esteve, em grande parte, a transferir camas de umas instituições (públicas) para outras instituições (das ordens religiosas), em vez de se realizar uma verdadeira desinstitucionalização em todo o sistema.

3. Acessibilidade dos serviços

Na secção anterior descrevemos os serviços de saúde que prestam cuidados de saúde mental aos portugueses: que tipos de serviços existem, como estão organizados, o que produzem em termos de consultas, internamentos, etc. Nesta secção abordaremos até que ponto as pessoas com problemas de saúde mental têm ou não acesso a serviços que prestam os cuidados de que necessitam.

A acessibilidade é, em primeiro lugar, uma questão geográfica. Se um serviço se encontra a 200 ou 300 quilómetros do local de residência de uma população que dele depende para receber cuidados de saúde mental (como em Portugal acontecia quando os hospitais psiquiátricos eram os únicos serviços disponíveis), essa população, na prática, não tem um acesso efetivo a consultas regulares, a intervenções durante as crises, a reabilitação psicossocial, etc.

Mas a existência de um serviço a curta distância não quer dizer que este seja necessariamente acessível. Se não for total ou parcialmente gratuito, a acessibilidade fica, desde logo, comprometida para muitas pessoas que têm problemas de saúde mental graves, geralmente com uma evolução de longo termo, e associadas a situações de grande vulnerabilidade económica.

A aceitabilidade é também um fator importante na utilização de serviços de saúde mental. Se um serviço tem uma imagem pública muito negativa, como acontece frequentemente com hospitais psiquiátricos, associados no imaginário popular aos lugares para onde vão os “loucos”, esse facto não pode deixar de influenciar a decisão de procurar cuidados nesse serviço. Finalmente, um serviço pode não ter qualquer destes problemas

e, mesmo assim, as pessoas resistirem a procurar os cuidados por ele oferecidos, por dificuldades pessoais em aceitar a ideia de que se devem tratar de um problema mental.

A acessibilidade é, em todo o mundo, um dos principais problemas no tratamento das doenças mentais. Uma percentagem elevada de pessoas com estas doenças não tem acesso a qualquer tipo de tratamento. Esta percentagem é, em regra, tanto maior quanto mais escassos são os recursos do país em causa, mas nenhum país está imune a este problema, que se verifica igualmente nos países com mais recursos.

Qual a situação em Portugal neste domínio? De acordo com um estudo desenvolvido com base num modelo matemático sofisticado, que entra em linha de conta com o tempo de deslocação aos serviços e um rácio padrão de quatro psiquiatras por 100 000 habitantes, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) mostrou que, “cerca de 72% da população residente em áreas de nível de acesso baixo (cerca de 3,4 milhões) é servida por uma rede com um rácio inferior a esta referência, ao qual se alia cerca de 12,1% da população total (1,2 milhão), que reside a mais de 40 minutos de um estabelecimento”. Assim sendo, “a população total com rácio inferior ao rácio ideal, incluindo a população com rácio nulo, por não ter acesso a uma distância plausível a cuidados de saúde mental (40 minutos), chega a aproximadamente 4,6 milhões (cerca de 46% da população)” (Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

Este estudo permite ainda confirmar assimetrias regionais significativas, revelando que a região do Alentejo “apresenta a maior proporção de população carenciada, se considerados apenas os prestadores públicos de psiquiatria, com 82% da população a ter um nível de acesso baixo ou a residir a mais de 40 minutos de viagem de um estabelecimento, enquanto

a ARS Lisboa e Vale do Tejo, apesar de ter menor percentagem da população nesta situação, representa 50%".

No que se refere à acessibilidade a cuidados de saúde mental da infância e adolescência, por seu lado, o estudo da ERS conclui que "a população total com rácio inferior ao rácio padrão, incluindo a população que não tem acesso a uma distância plausível a cuidados de psiquiatria da infância e da adolescência, chega a aproximadamente a 5,9 milhões".

Em suma, de acordo com os resultados deste estudo, cerca de metade da população portuguesa, no caso dos serviços para adultos, e um pouco mais de metade no caso dos serviços para crianças e adolescentes, têm um acesso reduzido aos cuidados de saúde mental, sendo os problemas de acessibilidade especialmente graves nas regiões do interior.

A análise dos resultados do *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* permite abordar a acessibilidade aos cuidados de saúde mental em Portugal numa perspetiva diferente. Recorde-se que este estudo tornou possível avaliar a prevalência de doenças mentais nos últimos 12 meses numa amostra representativa da população portuguesa com mais de 18 anos e, simultaneamente, avaliar a utilização de serviços pelas pessoas da amostra em função do diagnóstico, da gravidade das doenças identificadas e dos diferentes tipos de serviços e de medicamentos utilizados.

De acordo com os resultados do estudo (Caldas de Almeida & Xavier, 2013), 14,4% da população da amostra estudada tinha tido acesso, nos 12 meses anteriores à entrevista, a cuidados de saúde mental prestados por qualquer tipo de serviços de saúde. A utilização de serviços fora dos serviços de saúde (medicina complementar e alternativa) verificou-se em 1,7% dos casos.

A maior utilização de serviços verificou-se nos serviços de medicina geral e familiar, confirmando-se assim que também em Portugal uma parte significativa das perturbações de saúde mental procura apoio a nível dos cuidados de saúde primários. Com efeito, 9,8% da população da amostra foi atendida nos cuidados primários, enquanto os serviços especializados de saúde mental atenderam 6,6% da amostra, tendo, naturalmente, muitas destas pessoas sido atendidas em ambos os tipos de serviços.

No seu conjunto, 35,8% das pessoas com um qualquer tipo de perturbação mental tiveram acesso a cuidados de saúde mental, o que representa uma ausência de tratamento de 64,2%. Como seria de esperar, quanto maior é a gravidade das perturbações mentais diagnosticadas, maior é a percentagem de casos que tiveram acesso a cuidados de saúde mental. As pessoas com perturbações ligeiras receberam algum tipo de tratamento em 18,2% dos casos, enquanto as pessoas com perturbações moderadas tiveram acesso a cuidados em 35,1% dos casos e as pessoas com perturbações graves, em 66,4% dos casos. A ausência de tratamento é, portanto, significativa em todos os graus de gravidade, indo desde 33,6% nas perturbações graves até 81,8% nas perturbações ligeiras.

Um aspeto que merece ser realçado tem a ver com o facto de um número significativo de pessoas que não preencheram os critérios mínimos para o diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica (8,6% da amostra estudada) ter recebido cuidados de saúde mental. Destas pessoas, 5,7% foram seguidas a nível da medicina geral e familiar e 3,6%, nos serviços especializados de saúde mental. Muitas delas, embora não cumpram os critérios requeridos para o diagnóstico de uma perturbação mental, de acordo com a DSM-IV, poderão ter queixas emocionais de tipo ansioso ou depressivo que justifiquem a necessidade de cuidados. No entanto, a magnitude deste grupo aponta não só

para uma ausência de tratamento significativa, como também para uma utilização pouco racional dos recursos existentes.

A comparação dos dados sobre acesso a tratamento de Portugal com os de outros países europeus (Wang *et al.*, 2011) mostra que, no que diz respeito às situações de maior gravidade, a percentagem de casos tratados no nosso país se encontra entre os valores mais altos da Europa: Irlanda do Norte, Portugal e Espanha têm percentagens de 72,8%, 66,1%, e 64,5% de casos tratados, respetivamente, enquanto outros países apresentam valores em redor dos 50%. Contudo, no que diz respeito aos casos ligeiros, verifica-se uma situação inversa: Portugal apresenta uma prevalência tratada inferior à maioria dos outros países da Europa, enquanto, relativamente aos casos moderados, o nosso país tem valores sensivelmente iguais aos dos outros países.

Como anteriormente referido, a medicina geral e familiar é o setor dos serviços de saúde a que mais pessoas com perturbações psiquiátricas têm acesso: enquanto 23,7% dos doentes são tratados a nível da medicina geral e familiar, apenas 17,4% são tratados a nível dos cuidados especializados de saúde mental. O médico de família é também o profissional de saúde que trata uma maior percentagem de doentes (23,7%). Entre os vários profissionais dos serviços especializados de saúde mental, os psiquiatras têm um papel preponderante na prestação de cuidados: 12,8% dos doentes foram tratados por psiquiatras, enquanto apenas 7,6% receberam tratamento de outros profissionais.

Esta distribuição relativa observa-se nos vários tipos de perturbação psiquiátrica. No entanto, o grupo de doentes com perturbações depressivas é aquele em que se verificam percentagens mais elevadas de tratamento em todos os níveis de cuidados, seguido pelas perturbações de ansiedade e as perturbações de abuso/dependência de álcool.

Fatores sociodemográficos e acesso a cuidados

O acesso a tratamento é influenciado por vários fatores. Em Portugal, a idade é um fator relevante: a probabilidade de receber tratamento é significativamente maior no grupo dos 50-64 anos de idade do que nos outros grupos etários. As pessoas com nível de educação elevado têm também uma maior probabilidade de aceder a tratamento. Já em relação ao nível de rendimento, não se apura qualquer influência na probabilidade de acesso a tratamento. As mulheres apresentam percentagens de tratamento muito superiores às dos homens em todos os tipos de perturbação psiquiátrica, tal como acontece, aliás, em todos os tipos de doença. No que diz respeito ao estado civil, as pessoas que nunca casaram têm uma probabilidade particularmente reduzida de ter acesso a qualquer tipo de tratamento. Pelo contrário, as pessoas separadas, viúvas e divorciadas têm uma probabilidade mais elevada de aceder a qualquer tipo de tratamento do que os outros grupos.

Estas últimas diferenças podem estar relacionadas com o facto de as pessoas separadas, viúvas e divorciadas procurarem mais os cuidados de saúde, como uma compensação da perda de apoio familiar por elas vivida. Relativamente à redução do acesso por parte das pessoas que nunca casaram, poderá, porventura, explicar-se pelo facto de este grupo incluir pessoas que, pela sua maneira de ser, tendem a procurar menos o apoio de outros.

Número de consultas

O número de consultas realizadas nos 12 meses anteriores à entrevista é um indicador importante da acessibilidade e da

qualidade de cuidados. No *Estudo Nacional*, no conjunto das pessoas com perturbação mental, o número médio de consultas (número total de consultas a dividir pelo número de doentes) foi de 5,9 consultas nos últimos 12 meses. Este número é ligeiramente mais elevado nos casos de perturbações de ansiedade (6,6) do que nos casos de perturbações depressivas (6,3).

O seguimento das pessoas com perturbações mentais apresenta, como seria de esperar, padrões diferentes na medicina geral e familiar e nos serviços especializados. Enquanto, a nível da medicina geral e familiar, se encontrou uma média de 3,2 consultas por ano, a nível dos serviços especializados de saúde mental encontrou-se uma média de 7,3 consultas/ano.

As medianas (valor intermediário que separa a metade superior da metade inferior do conjunto dos dados relativos ao número de consultas) são, respetivamente, 2,2, 1,9 e 1,9 em relação às perturbações de ansiedade, perturbações depressivas e qualquer tipo de perturbação psiquiátrica. O facto de as médias serem francamente superiores às medianas mostra que existe um pequeno grupo de doentes que é grande utilizador de serviços de saúde, e que, portanto, ajuda a subir a média das consultas; e que existe um grupo, de muito maior dimensão, com um número reduzido de consultas.

Demora no início do tratamento

O tempo que medeia entre o começo das perturbações psiquiátricas e o momento em que se inicia o seu tratamento é um indicador indireto da acessibilidade aos cuidados. Os resultados do *Estudo Nacional* indicam que, um ano após o início da doença, mais de metade dos doentes ainda não tinha recebido qualquer tratamento: “a perturbação de pânico, a depressão maior,

a distímia e a perturbação de ansiedade generalizada são as perturbações em que se verifica uma maior percentagem de início de tratamento no primeiro ano (45,8%, 37,8%, 37,5% e 34,3%, respetivamente). As fobias e as perturbações ligadas a abuso/dependência de substâncias são as que apresentam percentagens menores” (Caldas de Almeida & Xavier, 2013).

A demora verificada no início do tratamento das várias perturbações é surpreendentemente elevada: dois e três anos nos casos de perturbação de pânico e de perturbação de ansiedade generalizada; quatro e seis anos, respetivamente, na depressão maior e na perturbação bipolar.

Acesso a serviços de urgência

Um estudo sobre o acesso aos serviços de urgência de psiquiatria, realizado no âmbito da preparação do Plano Nacional de Saúde Mental, forneceu dados relevantes para a compreensão da acessibilidade a cuidados de saúde mental e da continuidade destes cuidados no nosso país. Dos doentes que recorreram a serviços de urgência de psiquiatria num determinado período em várias regiões do país, só uma pequena parte (17%) foi referenciada pelo médico de família, o que apoia a ideia de que a articulação entre cuidados primários e serviços de saúde mental especializados não é, em geral, muito satisfatória. A análise da via de acesso aos serviços de urgência comprovou que quase metade (42%) dos que foram ao serviço de urgência tinha tentado marcar uma consulta de psiquiatria, mas que em mais de 60% dos casos houve dificuldade ou impossibilidade de conseguir a marcação. Por outro lado, em 82% dos casos em que tinha havido um internamento anterior verificou-se que entre a alta e a nova ida ao serviço de urgência não tinha

havido qualquer contacto em consulta externa, por motivos que se prendiam com dificuldades de acesso aos serviços, em 72% dos casos. Todos estes dados denunciam deficiências significativas no acesso às consultas externas de psiquiatria, bem como problemas no seguimento clínico atempado, a seguir à alta de um internamento, sobretudo nos casos em que se verificaram reinternamentos.

4. Qualidade dos serviços

Ao contrário do que acontece em outros países, a avaliação periódica da qualidade dos serviços de saúde mental não é obrigatória em Portugal. Por outro lado, não há entre nós uma tradição enraizada de programas de avaliação e de melhoria da qualidade deste tipo de serviços. Apesar destas limitações, a análise dos resultados de alguns estudos realizados nos últimos anos permite identificar alguns aspetos importantes da qualidade dos nossos serviços de saúde mental, sobretudo a nível de estruturas e processos.

Naquele que terá sido o primeiro estudo de avaliação da qualidade de cuidados para pessoas com doenças mentais graves em Portugal – um estudo europeu que envolveu também outros cinco países (Kovess-Masféty *et al.*, 2006) – verificou-se que, em termos dos cuidados clínicos em sentido estrito (diagnóstico, prescrição e monitorização da medicação), o nível de qualidade dos cuidados em Portugal era muito semelhante ao encontrado nos outros países europeus. O mesmo não aconteceu, porém, no referente aos cuidados centrados no acompanhamento regular e continuado na comunidade e na reabilitação psicossocial dos doentes. Nestas dimensões, devido à falta de estruturas residenciais e de reabilitação na comunidade, os nossos doentes

apresentavam um nível de necessidades satisfeitas muito inferior ao nível encontrado nos países com serviços mais desenvolvidos.

Uma avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental, abrangendo todos os serviços da rede pública, das ordens religiosas e da Misericórdia do Porto, realizada, em 2006, no âmbito da preparação do Plano Nacional de Saúde Mental, confirmou de um modo geral estas conclusões (Caldas de Almeida *et al.*, 2007). Note-se que se tratou de um estudo metodologicamente rigoroso, que envolveu a avaliação de estruturas e processos através de um instrumento elaborado pela OMS e aplicado por equipas de profissionais, que incluíam membros internos e externos aos serviços avaliados.

A análise dos resultados revelou que, em geral, o nível médio de qualidade se encontrava na faixa inferior do razoável, um resultado pouco encorajador, se considerarmos que o nível de exigência dos critérios e padrões do instrumento de mensuração era modesto (o instrumento foi criado para aplicação, sobretudo, em países de médios e baixos recursos). Por outro lado, o nível de qualidade dos dispositivos de ambulatório foi sistematicamente inferior ao das unidades de internamento.

Nos serviços de adultos, as maiores deficiências foram encontradas nos recursos humanos, com faltas significativas de profissionais não médicos e problemas na disponibilidade de apoios de medicina interna e das especialidades aos doentes internados. Nos serviços de crianças e adolescentes, os maiores problemas foram detetados nas instalações e no domínio do apoio administrativo.

As tendências atrás referidas foram encontradas tanto nos serviços públicos, como nos das ordens religiosas e da Misericórdia do Porto. De um modo geral, os melhores resultados foram encontrados nos serviços da Região de Lisboa e Vale do

Tejo e da Região Centro, enquanto as maiores deficiências se registaram no Alentejo.

Em suma, tal como nos estudos anteriores, as maiores fragilidades dos serviços identificadas por este estudo foram na parte do ambulatório e na capacidade de intervenção de equipas multidisciplinares a nível da comunidade.

O *Estudo Epidemiológico Nacional de Morbilidade Psiquiátrica* permitiu abordar a questão da qualidade sob outro prisma. Graças à possibilidade de se cruzarem diagnósticos e dados muito abrangentes sobre a utilização de serviços e de psicofármacos, tornou-se possível avaliar a adequação dos cuidados, com base em critérios muito simples, como sejam o número de consultas, de sessões de psicoterapia e de medicamentos recebidos nos últimos 12 meses. Para a definição de cuidados adequados foi considerada a inclusão de psicofarmacoterapia (dois ou mais meses de medicação apropriada à perturbação focal, em conjunto com quatro ou mais consultas com qualquer tipo de médico) ou psicoterapia (oito ou mais sessões de pelo menos 30 minutos com um profissional).

Os resultados revelaram que apenas cerca de um terço dos casos (33,1%) tinha recebido cuidados que cumpriam todos os critérios requeridos para serem considerados adequados. Como seria de esperar, a percentagem de cuidados adequados encontrada nos serviços especializados foi mais elevada do que a encontrada na medicina geral e familiar.

Terão todos os portugueses a mesma probabilidade de acesso a tratamento adequado? De acordo com o *Estudo Nacional*, as pessoas com nível de educação elevado, bem como as mulheres, têm uma maior probabilidade não só de aceder a tratamento, como também de ter tratamento adequado. Pelo contrário, as pessoas com nível baixo e nível alto/médio de

rendimento e as pessoas que nunca casaram têm menor probabilidade de tratamento adequado, em relação a outros grupos.

Graças a dois estudos sobre a qualidade de serviços residenciais para pessoas com doenças mentais graves, um de âmbito europeu (Killaspy *et al.*, 2012) e outro de âmbito nacional (Cardoso *et al.*, 2016), sabemos que, em 2012, existiam em Portugal 42 serviços deste tipo com apoio de pessoal pelo menos 12 horas por dia. Estas estruturas residenciais apresentavam níveis de qualidade não muito distanciados dos níveis médios encontrados nos países europeus envolvidos no estudo, mas sempre entre aqueles que mostraram valores mais modestos. Esta tendência é particularmente evidente nas dimensões de apoio à autonomia e de direitos humanos, enquanto os melhores resultados se encontram na dimensão de ambiente habitacional e de interação social. De notar ainda que os níveis mais elevados de qualidade dos cuidados foram encontrados nos serviços localizados na comunidade, em contraposição com os localizados em hospitais psiquiátricos.

Que concluir de todos estes dados relacionados com a acessibilidade e a qualidade dos cuidados?

Em primeiro lugar, não pode haver dúvidas de que se alcançaram progressos muito significativos em relação ao tempo em que o sistema se limitava essencialmente aos hospitais psiquiátricos, com um funcionamento predominantemente marcado pela prática asilar. Hoje, as pessoas podem recorrer, e fazem-no frequentemente, aos centros de saúde e às unidades de saúde familiar, que têm condições para responder a uma boa parte das suas necessidades. Contudo, muitas pessoas com problemas de saúde mental continuam a não ter acesso a qualquer tipo de tratamento e muitos serviços não cumprem todos os requisitos de qualidade hoje considerados essenciais.

5. A utilização de psicofármacos

O consumo de psicofármacos tem tido uma dimensão significativa e crescente em Portugal. De acordo com dados de um relatório do Infarmed (citado em DGS, 2014), entre 2000 e 2012 verificou-se um aumento do consumo de todos os grupos de psicofármacos, expresso através das DDD (dose diária definida) por mil habitantes/dia (DHD), em particular no que diz respeito aos antidepressivos e aos antipsicóticos. Os primeiros aumentaram 240% neste período, os segundos aumentaram 174%. O aumento de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos foi menos acentuado (+6%), mas este grupo é o que tem uma utilização mais elevada. Dados recentes confirmam que esta tendência se manteve entre 2012 e 2016, tendo o consumo de antidepressivos aumentado, neste período, de 263 414 234 para 358 197 748 DDD (Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental, 2017).

Comparado a outros países europeus, Portugal apresenta um consumo muito elevado de antidepressivos e ansiolíticos. Estes dados foram amplamente confirmados pelos resultados do *Estudo Nacional de Morbilidade Psiquiátrica*, que também ajudou a compreender melhor quais as características pessoais e diagnósticas associadas à utilização de cada subgrupo.

Conforme se pode ler no relatório do estudo, nos 12 meses anteriores à realização da entrevista quase um quarto (23,4%) das mulheres e um décimo (9,8%) dos homens da população em geral tinham tomado ansiolíticos. De notar que estes números, no caso das mulheres, são os mais elevados na Europa e, no caso dos homens, se encontram entre os três mais elevados (Boyd *et al.*, 2015).

A utilização de ansiolíticos está naturalmente associada às perturbações de ansiedade. Entre as pessoas com este tipo de

perturbações, 33,1% das mulheres e 24,7% dos homens tomaram este tipo de medicamentos. As pessoas com diagnóstico de perturbações depressivas, porém, utilizam ansiolíticos ainda com maior frequência (50% das mulheres e 31,8% dos homens), o que se explica pela elevada comorbilidade entre os dois tipos de perturbação.

O uso de antidepressivos verificou-se em 13,2% das mulheres e em 3,9% dos homens, da população em geral. Entre as pessoas com perturbações depressivas, o uso de antidepressivos verificou-se em 38,2% das mulheres e em 24,5% dos homens, enquanto, entre as pessoas com perturbações de ansiedade, os antidepressivos foram utilizados por 22,4% das mulheres e por 11,8% dos homens.

O uso de antipsicóticos é, como seria de esperar, menos frequente: 3,0% de mulheres e 1,7% dos homens tomaram antipsicóticos nos 12 meses antes da entrevista. No que se refere aos estabilizadores de humor, verificou-se que 0,7% das mulheres e 0,5% dos homens da população geral utilizaram este tipo de medicamento, predominando este consumo entre as pessoas com perturbações depressivas (4,1% das mulheres e 0,9% dos homens).

Como foi demonstrado por um trabalho sobre a utilização de psicofármacos nos países europeus que levou a cabo estudos epidemiológicos com a mesma metodologia, Portugal é um dos países com maior uso de psicofármacos, sobretudo entre as mulheres (Boyd *et al.*, 2015). As mulheres portuguesas apresentam o valor mais alto de uso de ansiolíticos e antidepressivos e encontram-se em segundo lugar no uso de antipsicóticos e de estabilizadores de humor, enquanto os homens portugueses ocupam o segundo lugar no uso de ansiolíticos e antipsicóticos, o terceiro lugar no uso de estabilizadores de humor e o quarto no uso de antidepressivos.

V. Impacto da crise económica na saúde mental em Portugal

A evidência científica disponível confirma que a saúde mental é determinada por múltiplos fatores demográficos, sociais (entre os quais os de ordem económica) e contextuais. Os períodos de crise económica levam a um agravamento significativo de muitos destes fatores, ampliando o seu impacto. É o caso, por exemplo, da diminuição do rendimento disponível, da perda de emprego, da impossibilidade de pagar dívidas, da possibilidade de perder a habitação e da separação de membros da família devido à emigração. Todos estes fatores contribuem para elevados níveis de sofrimento psicológico e aumentam o risco de adoecimento mental.

Por outro lado, os cortes orçamentais levam muitas vezes a uma redução dos serviços de saúde disponíveis e dos apoios sociais, numa altura em que, justamente, seria mais necessário o seu reforço.

A literatura sobre os efeitos das crises económicas na saúde mental das populações refere que estes podem manifestar-se através do aumento da prevalência das perturbações mentais e das taxas de suicídio, de alterações na utilização de serviços de saúde mental e da diminuição de variáveis relacionadas com o bem-estar mental.

Estes diferentes impactos têm sido encontrados em estudos realizados sobre os efeitos da crise económica mundial iniciada em 2008. Na Grécia verificou-se um aumento da depressão. Em Espanha foi encontrado um aumento da prevalência de perturbações de saúde mental entre as pessoas assistidas a nível dos cuidados primários, aparecendo o desemprego e as dificuldades de pagamento de hipotecas e despejos como os principais fatores de risco, tendo sido encontrado entre os homens um aumento de problemas de saúde mental. Na Irlanda diminuiu o nível de felicidade autoavaliada e aumentou o uso de tranquilizantes. Em Inglaterra registou-se uma deterioração da saúde mental nos homens. Estudos no Canadá e em Hong Kong concluíram que a crise se associou a um aumento no risco de depressão maior. Após a crise económica, as taxas de suicídio aumentaram em 54 países europeus e das Américas, particularmente em homens e em países com níveis mais elevados de perda de emprego. Houve um aumento na prevalência de ideação suicida e em tentativas de suicídio, relatadas na Grécia, e um aumento das taxas de suicídio foi observado na Grécia, na Irlanda, na Inglaterra e nos Estados Unidos (Silva *et al.*, 2015).

Em Portugal, a análise dos dados oficiais sobre o registo de utentes com perturbações mentais nos cuidados de saúde primários afirma a existência de um padrão comum de aumento progressivo em relação às perturbações depressivas e às perturbações de ansiedade, nos períodos observados a partir de 2010, em todas as regiões de saúde de Portugal Continental. Uma evolução semelhante registou-se no número de consultas realizadas nos serviços de saúde mental especializados de adultos (DGS, 2014).

Os dados sobre o internamento por doenças psiquiátricas, no período da crise económica, são de mais difícil interpretação. De acordo com os dados sobre a produção hospitalar no

internamento por GDH (Grupos de Diagnóstico Homogêneos), entre 2010 e 2013 verificou-se um aumento do número de utentes que tiveram alta com o diagnóstico de psicose. Os acréscimos registados não decorrem do aumento de utentes que tiveram alta com os diagnósticos de esquizofrenia ou perturbações delirantes, mas sim de psicoses afetivas e outras psicoses não orgânicas. Verifica-se também um aumento do número de internamentos de perturbações da personalidade, perturbações do comportamento e perturbações induzidas por drogas. Relativamente às perturbações de ansiedade e somatoformes e às perturbações depressivas, registou-se, pelo contrário, um decréscimo do número de internamentos no mesmo período, enquanto nas neuroses não depressivas se verificou um aumento (DGS, 2014).

O Projeto SMAILE, “Saúde Mental – Avaliação do Impacto das Condicionantes Locais e Económicas”, coordenado por Paula Santana, da Universidade de Coimbra, foi realizado por um consórcio envolvendo o Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT), dessa Universidade, a Faculdade de Ciências Médicas, a Faculdade de Economia e a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, bem como um amplo número de serviços de saúde mental de todo o país. Os primeiros resultados deste estudo vieram lançar nova luz sobre vários aspetos relevantes do impacto da crise sobre a saúde mental no nosso país (Santana, 2015).

Um dos componentes do projeto foi um estudo sobre a saúde mental percecionada de uma amostra da população adulta de quatro concelhos da área metropolitana de Lisboa, com base na aplicação de um instrumento que avaliou a saúde mental positiva e a vitalidade (Loureiro *et al.*, 2015). O estudo regista que a pior saúde mental aparece associada aos seguintes subgrupos: sexo feminino, mais velhos, com menor

escolaridade, sem atividade física, com excesso de peso, desempregados, com salários baixos, expressando dificuldades em pagar despesas, com doenças crónicas. Uma associação no mesmo sentido foi encontrada em relação à insatisfação com a residência, condições de baixo capital social e não utilização de espaços verdes.

Um outro estudo (Pita Barros *et al.*, 2015), a partir dos dados da mesma amostra, revelou que, entre os jovens, a melhor saúde mental se encontra associada a mais anos de escolaridade. No entanto, curiosamente, entre os jovens desempregados a saúde mental é tanto menor quanto maior é o nível de escolaridade.

Os resultados do Projeto evidenciam também um aumento da utilização do internamento psiquiátrico e das consultas de psiquiatria (Cardoso *et al.*, 2015), bem como da procura de cuidados psiquiátricos a nível da urgência (Vaz *et al.*, 2015). Através da consulta dos processos clínicos dos doentes internados e das consultas, em 2002, 2007 e 2012, em serviços de saúde mental das áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto, e da recolha de dados sobre os níveis de privação material e social, foi possível demonstrar que, entre 2007 e 2012, houve um aumento da utilização dos internamentos e das consultas psiquiátricas, especialmente destas últimas (Cardoso *et al.*, 2015).

Ponto importante: este aumento de utilização de serviços aparece significativamente associado a maior privação material e social das áreas de residência dos utentes. A associação positiva entre o número de internamentos por doença mental e os níveis tanto de privação material, como social, indica que o efeito da crise não se faz sentir de modo uniforme em todas as áreas, sendo mais intenso em áreas contextualmente mais vulneráveis. Os resultados demonstram ainda que o efeito da

crise económica na utilização de serviços foi particularmente gravoso no grupo dos idosos e dos desempregados. As tentativas de suicídio e a ideação suicida também aumentaram nos utentes dos serviços psiquiátricos, e de forma significativa nas mulheres (Cardoso *et al.*, 2015).

Um estudo sobre a evolução do suicídio ao longo de três períodos de tempo – 1989-1993, 1999-2003 e 2008-2012 (Santana *et al.*, 2015) – permitiu investigar os possíveis efeitos da crise económica sobre o suicídio, uma vez que o último período estudado inclui o período de crise iniciada em 2008.

Os resultados mostram que as taxas mais elevadas de suicídio se encontram associadas com os municípios do sul e com os rurais. Mantém-se, portanto, o padrão geográfico norte/sul e urbano/rural, tão tradicional no nosso país. No entanto, as diferenças entre o sul e o norte têm vindo a esbater-se com o tempo. Pelo contrário, o padrão rural/urbano tem vindo a acentuar-se, uma tendência que é especialmente visível quando se compara o último período com o primeiro.

As tradicionais diferenças entre as taxas de suicídio em homens e mulheres são muito pronunciadas e têm vindo a aumentar: enquanto no primeiro período em cada dez suicídios três eram de mulheres, no último período eram apenas dois.

A mortalidade por suicídio aparece estatisticamente associada não só à ruralidade mas também à privação material. Nos municípios com maiores níveis de privação o risco de suicídio foi 46% mais elevado do que no grupo dos municípios que contam com mais recursos (Santana *et al.*, 2015).

Embora o estudo não permita estabelecer uma relação causal entre a crise económica e o aumento dos suicídios, os resultados encontrados sugerem que “os padrões recentes de suicídios podem resultar do actual período de crise”, através das

mudanças ocorridas na privação material. Com efeito, a associação estatística entre a distribuição do suicídio e a variável privação material, que traduz as condições de habitação, educação e emprego em cada área, em comparação com a média nacional, foi encontrada nos períodos, analisados pelo estudo, que coincidiram com as duas intervenções do Fundo Monetário Internacional em Portugal e não no período em que se verificou um franco desenvolvimento económico.

Como sublinha João Ferrão, ao comentar estes resultados relativos à evolução do suicídio no nosso país, “independentemente de fatores pessoais e estruturais de outro tipo, o atual contexto de crise contribuiu para sobrepor o ‘Portugal económico’ ao ‘Portugal cultural’, funcionando o ‘Portugal institucional’ como um filtro diferenciador: as populações das áreas rurais mais pobres destacam-se agora como as mais vulneráveis, mesmo em regiões do país onde tradicionalmente o suicídio (revelado) não alcançava resultados significativos; pelo contrário, e em termos relativos, as comunidades e os indivíduos das áreas urbanas parecem ser mais resilientes ao suicídio, inclusive em territórios com elevado grau de exposição e de sensibilidade aos efeitos da crise” (Ferrão, 2015).

Um estudo sobre o impacto da crise sobre a saúde mental de pessoas desempregadas no contexto da crise económica e sobre o impacto do desemprego destas pessoas no bem-estar mental dos seus filhos (Frasquilho, 2016) sugere que os fatores associados às recessões económicas apresentam riscos significativos para a saúde mental das pessoas desempregadas e dos seus familiares.

Com efeito, os resultados deste estudo assinalam que os adultos desempregados apresentam uma alta prevalência de sofrimento psicológico e de insatisfação com a vida, sendo estas

associações significativamente mais fortes entre as mulheres desempregadas, pessoas com mais idade, pessoas com baixa escolaridade, solteiros, homens que são pais e mulheres que vivem com parceiros desempregados.

A pior saúde mental foi também mais prevalente nos adultos desempregados com menor capacidade em estruturar o seu tempo e naqueles com maior privação financeira, tendo a situação de desemprego mostrado estar associada a uma diminuição substancial nas despesas do agregado familiar, que vão desde as necessidades essenciais (casa, comida, saúde, necessidades educacionais das crianças), até às atividades de lazer das famílias (férias, passeios, refeições em restaurantes).

O desemprego apresentou-se também associado a alterações no relacionamento familiar e a alterações negativas no bem-estar psicológico dos pais (maior preocupação, irritabilidade, raiva e tristeza) e dos filhos (maior tristeza, preocupação e irritabilidade).

No que diz respeito aos jovens que vivem com pais desempregados, estes, quando comparados com os que vivem com pais empregados, apresentam piores resultados ao nível do bem-estar psicológico e das expectativas educacionais, percecionando as repercussões da crise económica de forma mais intensa. De realçar que a qualidade das relações familiares parece moderar a associação entre o desemprego parental e o bem-estar psicológico dos jovens.

A realização do *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* em 2008, no início da crise económica em Portugal, criou uma oportunidade única para se estudar em profundidade o impacto da crise. Neste sentido, o nosso grupo da Faculdade de Ciências Médicas lançou em 2015 o estudo *MH-Crisis Impact*, financiado pelo Programa FEE Grants, com o objetivo de

obter novos conhecimentos sobre os efeitos da crise económica na saúde mental dos portugueses, nos determinantes das perturbações mentais e na utilização de serviços de saúde mental.

O impacto da recessão económica na saúde mental da população foi avaliado através da comparação, antes e depois da crise, de dados epidemiológicos sobre as perturbações mentais, os seus determinantes e a utilização de serviços numa subamostra da população estudada em 2008, no *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental*.

A análise preliminar dos dados recolhidos evidenciou um aumento substancial da prevalência de sofrimento psicológico entre 2008 (19,8% da população) e 2015 (31,2%). Este aumento foi particularmente relevante para quem já pertencia a um grupo vulnerável, como estar desempregado, ter tido uma diminuição de rendimentos e de estatuto socioeconómico ou viver em privação financeira.

A partir da mesma análise preliminar dos dados também se verificou que o apoio social e a coesão social foram importantes fatores de proteção para o risco de se terem problemas de saúde mental. Os resultados obtidos revelaram ainda várias deficiências na resposta do Serviço Nacional de Saúde à crescente pressão da necessidade de cuidados de saúde mental, em termos do acesso e da prestação de um tratamento minimamente adequado (Caldas de Almeida *et al.*, 2017-a).

Conclui-se destes dados que no futuro importa desenvolver estratégias abrangentes, visando melhorar a proteção social, diminuir as desigualdades de rendimento e mitigar os impactos do desemprego, de modo a proteger a exposição e a vulnerabilidade da população aos riscos para a saúde mental associados às crises económicas. Algumas dessas medidas foram implementadas em Portugal nos últimos anos, pelo menos parcialmente,

e certamente ajudaram a mitigar os problemas de saúde mental das pessoas afetadas pela crise. No entanto, os resultados do Projeto *MH Crisis Impact* permitem concluir que vários grupos da população portuguesa continuam a sofrer de problemas de saúde mental associados à crise.

Um desses grupos é o da população que teve uma diminuição significativa de rendimentos e que mantém muitos problemas relacionados com a pobreza e a exclusão social. Apenas a continuidade e o fortalecimento de medidas para melhorar a proteção social e reduzir as desigualdades de rendimento, um problema muito grave em Portugal, podem responder às necessidades deste grupo.

Outro grupo vulnerável é constituído pelas pessoas que perderam o emprego e que não encontraram um novo emprego estável, ou tiveram de aceitar um emprego precário e com baixo salário, ou tiveram de se aposentar precocemente. Para abordar as consequências do desemprego, devem ser reforçados os programas ativos de mercado de trabalho, incluindo programas especiais para jovens e para pessoas com incapacidade, bem como programas de redução de dívidas.

O envolvimento da comunidade e o apoio social demonstraram ter um importante papel protetor durante as recessões económicas. Várias medidas devem ser tomadas para se aproveitar ao máximo esta contribuição positiva. As câmaras municipais, as instituições de solidariedade social e outras entidades locais são parceiros importantes para as estratégias de saúde mental que visam garantir apoio social e fortalecer as redes comunitárias nas quais as pessoas vivem. Devem ser oferecidos programas de formação às entidades acima mencionadas para reforçar a sua capacidade na gestão dos problemas de saúde mental de populações vulneráveis. Todos os serviços locais de

saúde mental devem promover programas colaborativos para facilitar o desenvolvimento destas estratégias.

A crise económica afetou diretamente aqueles que perderam o seu emprego e aqueles que viram deteriorar-se as suas condições de vida; no entanto, também pode ter indiretamente afetado aqueles que deles dependem, material e emocionalmente, como crianças e jovens. Investir em programas de apoio familiar pode, portanto, ajudar a reduzir os riscos de transmissão de problemas de saúde mental de pais para filhos e, em última análise, diminuir o risco de problemas de desenvolvimento, com consequências de longo prazo no ciclo de vida dos jovens (Caldas de Almeida *et al.*, 2017-b).

VI. Políticas, planos e legislação de saúde mental em Portugal

A existência, a nível nacional, de uma política, de um plano e de uma Lei de Saúde Mental, alinhados com a evidência científica disponível e com os instrumentos internacionais dos direitos humanos, constitui uma condição fundamental para assegurar uma boa saúde mental das populações de um país.

Porquê esta necessidade? Por um lado, porque o estigma e as violações dos direitos humanos, associados às doenças mentais, são de tal modo frequentes em todo o mundo que só com a implementação de legislação específica é possível defender os direitos das pessoas com problemas de saúde mental. Por outro lado, porque a especificidade das doenças mentais coloca questões especialmente delicadas em relação ao consentimento informado e ao tratamento/internamento compulsivo. Finalmente, porque, ao contrário de outros setores da saúde, a melhoria dos cuidados de saúde mental não exige apenas mais serviços e mais recursos. Reformas profundas do sistema de saúde mental são igualmente imprescindíveis e estas só se podem efetuar através de uma definição clara de princípios, objetivos, prioridades e estratégias.

Por todas estas razões, são muitos os países que, hoje em dia, já têm legislação e políticas/planos de saúde mental.

Na Europa, 79% dos países têm políticas/planos e 70% têm legislação de saúde mental, sendo importante registar que 56% e 25%, respetivamente, atualizaram as suas políticas/planos e a sua legislação nos últimos cinco anos (WHO, 2014-b). Apesar destes avanços, a OMS e a União Europeia continuam a colocar a atualização destes instrumentos de governação entre as primeiras recomendações aos países na área da saúde mental (WHO, 2013; European Commission, 2016-b).

Em Portugal, a primeira Lei de Saúde Mental foi aprovada em 1963, impulsionada por um grupo de psiquiatras que incluiu os nomes de Fernando Ilharco e Pimentel das Neves. Foi uma Lei surpreendentemente avançada para a época, que abarcava as questões relacionadas com a promoção da saúde mental, a prevenção, o tratamento e a reabilitação da doença mental, e que, em relação aos cuidados de saúde mental, se baseava nos princípios da setorização e da descentralização dos cuidados de saúde mental, pouco antes introduzidos na Europa e nos Estados Unidos. Debruçava-se também sobre os diferentes regimes de tratamento, estabelecendo os princípios que deviam orientar o internamento compulsivo e a defesa dos direitos dos doentes neste domínio.

Graças a essa Lei, foi possível alcançar avanços significativos na descentralização dos cuidados, através da cobertura de uma boa parte do país por uma rede de centros de saúde mental distritais. No entanto, a extensão da rede de centros de saúde mental às áreas da grande Lisboa e do grande Porto deparou sempre com fortes obstáculos e acabou por nunca ser verdadeiramente implementada. Por outro lado, a falta de regulamentação da Lei levou a que, durante a sua vigência, a maioria dos procedimentos previstos em relação ao internamento compulsivo e ao regime fechado nunca fossem aplicados, continuando

a verificar-se o internamento psiquiátrico de pessoas contra a sua vontade, sem qualquer base legal, até meados dos anos 90.

Esta situação só veio a ser alterada com a entrada em vigor, em 1998, de uma nova Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98), e a aprovação, em 1999, de um Decreto-Lei que estabeleceu os princípios da política nacional de saúde mental (Decreto-Lei n.º 35/99).

A nova legislação, que continua em vigor à data da publicação deste livro, acabou com a prática inaceitável do internamento compulsivo sem qualquer base jurídica, estabelecendo de forma detalhada os princípios que devem ser respeitados na determinação e no acompanhamento do tratamento compulsivo. Basicamente, este só pode ser determinado por decisão de um tribunal, apoiado no parecer de, pelo menos, dois psiquiatras, que comprovem existir uma situação clínica que represente perigo para o próprio ou para outros se não for adequadamente tratada, ou uma situação em que a ausência de tratamento possa levar a uma deterioração grave do estado do doente e este não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e o alcance do consentimento. De acordo com a Lei, ao doente assiste sempre o direito de recorrer da decisão do tribunal, através de uma série de mecanismos que asseguram a revisão obrigatória das medidas tomadas pelo tribunal nesta matéria, e o internamento pode ser substituído por tratamento compulsivo a nível do ambulatório.

A Lei define também os direitos dos utentes dos serviços de saúde mental, nomeadamente a ser informado do plano terapêutico proposto, a recusar os tratamentos prescritos, salvo nas situações de internamento compulsivo, a recusar participar em estudos científicos, a não ser submetido a eletroconvulsivoterapia sem o seu consentimento prévio escrito e a poder comunicar com o exterior quando internado num hospital.

A Lei de 1998 estabelece igualmente os princípios orientadores da organização dos serviços de saúde mental, de acordo com princípios internacionalmente aceites neste domínio. Assim, determina que o tratamento das pessoas com doenças mentais deve ser prioritariamente promovido a nível da comunidade, de modo a não afastar o doente do seu meio habitual; os cuidados de saúde mental devem ser sempre prestados no meio menos restritivo possível; o tratamento hospitalar de doentes mentais deve ser, em princípio, efetuado em hospitais gerais; e as pessoas que careçam de reabilitação psicossocial devem ter acesso a centros de dia, a programas de reinserção profissional e a estruturas residenciais na comunidade.

Na sequência da aprovação da nova Lei, foram aprovados vários documentos legislativos, de enorme importância para a melhoria dos cuidados de saúde mental. O Despacho Conjunto n.º 407/98, que regulamentou a coordenação dos setores social e de saúde na prestação de cuidados psicossociais para as pessoas com incapacidades resultantes de perturbações mentais, e a Portaria n.º 348-A/98, que tornou possível a criação e o financiamento de empresas sociais, tiveram um impacto significativo no desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial para as pessoas com problemas de saúde mental.

As iniciativas da OMS iniciadas com a publicação, em 2001, do Relatório Mundial de Saúde, dedicado à saúde mental (WHO, 2001-a), tiveram um impacto significativo em todo o mundo, encorajando muitos países a atualizarem as políticas de saúde mental e, sobretudo, a desenvolverem planos nacionais de saúde mental que pudessem efetivamente implementar essas políticas.

Foi neste contexto que o governo português lançou, em 2008, pela primeira vez, um Plano Nacional de Saúde Mental

(Resolução de Conselho de Ministros, 2008), tendo como principais objetivos:

- Assegurar a igualdade no acesso aos cuidados a todas as pessoas com problemas de saúde mental no país, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis;
- Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental;
- Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental da população;
- Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados na comunidade e a facilitar uma maior participação dos pacientes e famílias;
- Promover a integração de cuidados em saúde mental no sistema geral de saúde, tanto ao nível dos cuidados primários, como nos hospitais gerais.

Os objetivos, os princípios e as estratégias do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) são quase totalmente sobreponíveis aos recomendados pela OMS e pela Comissão Europeia. Na verdade, tal como viria a ser preconizado no Plano de Saúde Global da OMS (WHO, 2013) e nas Linhas de Ação Estratégica para a Saúde Mental na Europa (European Commission, 2016-b), o PNSM dedica uma especial atenção a medidas necessárias para assegurar uma implementação eficaz e sustentável das políticas de saúde mental, através da melhoria dos modelos de governação e financiamento do sistema de saúde mental; à transição para cuidados na comunidade de elevada qualidade; ao desenvolvimento de programas de promoção da saúde mental e de prevenção e intervenção precoce, através da integração da saúde mental em todas as

políticas e de uma cooperação entre vários setores; à defesa dos direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental; à participação destas pessoas e dos seus familiares no desenvolvimento dos cuidados de saúde mental; e ao fortalecimento do conhecimento baseado em evidência científica.

No que se refere especificamente à reorganização dos serviços de saúde mental, o Plano define quatro objetivos principais:

- Completar a rede nacional de serviços locais de saúde mental e promover a diferenciação de cuidados prestados por estes serviços;
- Desenvolver serviços e programas para a recuperação e desinstitucionalização de pessoas com doenças mentais graves;
- Desenvolver os serviços de saúde mental regionais necessários para complementar os serviços locais em áreas específicas;
- Coordenar a reestruturação dos hospitais psiquiátricos com a transferência das respostas por eles asseguradas para outros serviços na comunidade.

A implementação do Plano, na sua primeira fase, permitiu efetuar, de acordo com as avaliações realizadas, avanços importantes na transição para cuidados para a comunidade.

Registaram-se progressos significativos na integração dos serviços de saúde mental no sistema geral de saúde e na transferência dos cuidados especializados para hospitais gerais e para a comunidade. Encerrou-se o mais antigo hospital psiquiátrico do país (Hospital Miguel Bombarda) na sequência de uma planificação iniciada nos anos 80, que levou à sua substituição por um conjunto de novos serviços de saúde mental em

vários hospitais gerais (Barreiro, Centro Hospitalar Ocidental de Lisboa, Cascais, Amadora-Sintra, Almada, Setúbal, Évora, Beja) e na comunidade. Desenvolveram-se novos serviços de cuidados integrados de saúde mental para doentes mentais graves, com base em *case management*, comprovando-se a sua eficácia no nosso país. Lançaram-se as bases conceptuais, legislativas e organizativas da rede de cuidados continuados de saúde mental, com o objetivo de criar em todas as áreas geográficas do país os dispositivos de apoio residencial, reabilitação e intervenção domiciliária necessários para, em conjunto com as equipas comunitárias dos serviços locais de saúde mental, responder às necessidades das pessoas com doenças mentais graves a nível da comunidade. Criaram-se novos serviços e equipas de saúde mental da infância e adolescência em vários locais do país, aumentando-se a cobertura das necessidades das populações nesta área. Desenvolveu-se a participação e representação de utentes e familiares. Finalmente, registaram-se progressos importantes a nível da informação, monitorização e investigação em saúde mental.

A extinção, em 2011, da Coordenação Nacional de Saúde Mental, criada em 2008 para conduzir a implementação do PNSM, em simultâneo com o agravamento das restrições financeiras associadas à crise económica em Portugal, veio interromper a implementação do Plano.

Embora o PNSM nunca tenha sido oficialmente posto em causa, todas as medidas previstas nas áreas-chaves do Plano, como o eram as mudanças do modelo de governação e financiamento dos serviços de saúde mental e a criação dos cuidados continuados de saúde mental, foram sendo sucessivamente adiadas. Mais grave do que isso, as poucas medidas tomadas passaram, pouco a pouco, a orientar-se no sentido oposto ao

preconizado no Plano, privilegiando-se a transinstitucionalização em vez da desinstitucionalização, a fragmentação dos cuidados em vez da continuidade dos cuidados, e incentivando-se as respostas hospitalares em detrimento das respostas integradas na comunidade.

A análise da situação da saúde mental portuguesa efetuada no âmbito da *EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing* em 2015 (Caldas de Almeida *et al.*, 2015) veio evidenciar o progressivo afastamento do nosso país das metas preconizadas pela OMS e confirmou, de forma clara, que só com mudanças profundas e urgentes em alguns aspetos fundamentais das políticas e serviços de saúde mental o nosso país poderá de novo juntar-se ao processo de mudança atualmente em curso a nível europeu.

A prioridade atribuída à saúde mental pelo atual governo e as intenções anunciadas relativamente ao retomar do processo de desenvolvimento dos cuidados continuados de saúde mental e à extensão do Plano Nacional de Saúde Mental até 2020 pareciam representar uma vontade política clara de retomar as reformas preconizadas pelo Plano. O documento “Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020” (Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental, 2017), recentemente dado a conhecer pelo Ministério da Saúde, e as propostas anunciadas pelo Programa Nacional de Saúde Mental (DGS, 2017) pareceram também ir no mesmo sentido. No entanto, passados dois anos desde a posse do atual Governo, não se verificou qualquer alteração significativa da situação da saúde mental em Portugal, continuando-se à espera que as reformas há muito propostas sejam efetivamente implementadas.

VII. Desafios para o futuro

Nas últimas décadas, têm vindo a ser desenvolvidos esforços significativos com o objetivo de melhorar a saúde mental dos portugueses. Tem sido um processo complexo, com avanços e recuos, que no seu conjunto apresenta um balanço francamente positivo. No entanto, como vimos ao longo deste ensaio, alguns indicadores mostram que muito continua ainda por fazer. Temos uma das prevalências mais altas de perturbações mentais e uma das taxas mais altas de consumo de psicofármacos da Europa. Os nossos Índices de Bem-Estar são modestos, no contexto europeu. Embora, graças aos nossos cuidados de saúde primários e aos progressos alcançados na descentralização dos serviços especializados de psiquiatria, a percentagem de casos tratados no nosso país esteja entre as melhores da União Europeia, a verdade é que continuamos ainda com problemas significativos de equidade e qualidade no acesso a cuidados de saúde mental.

Dada a importância dos determinantes sociais e económicos da saúde mental, a melhoria da saúde mental dos portugueses passa, em boa parte, pela diminuição da pobreza e das desigualdades e pela melhoria das condições de vida da população. As políticas económicas, sociais, de emprego, educação e justiça terão, assim, inevitavelmente, um papel muito importante na evolução futura da saúde mental no nosso país. Isto

significa que, para melhorar significativamente a saúde mental das nossas populações, será necessário, por um lado, incluir, de uma forma sustentada, a saúde mental entre as prioridades de saúde pública do nosso país, e, por outro lado, articular cada vez mais a política nacional de saúde mental com as outras políticas públicas.

Por causa do estigma associado às doenças mentais, o reconhecimento da importância da saúde mental continua ainda a ser escasso em todos os setores da sociedade portuguesa – a nível do público em geral, dos meios de comunicação social e de muitos dos atores do governo, da administração e dos serviços de saúde.

A solução deste problema passa, portanto, sobretudo, pelo aumento do conhecimento sobre a natureza e o tratamento das doenças mentais e pelas medidas que possam contribuir para a diminuição progressiva dos preconceitos em relação aos problemas de saúde mental. Neste sentido, os dados acumulados nos últimos anos sobre o impacto das doenças mentais e a importância da saúde mental na vida das sociedades vieram contribuir para uma visão mais correta da saúde mental pelo público em geral.

Os preconceitos, contudo, não desaparecem facilmente e só serão vencidos quando os representantes das pessoas com doença mental e dos seus familiares passarem a ter uma voz mais ativa entre nós, quando os serviços de saúde mental deixarem de alimentar os velhos estereótipos do passado e quando a generalidade das pessoas acreditar que as doenças mentais são uma realidade e que se podem tratar com sucesso.

A proteção dos direitos humanos das pessoas com doença mental continua a ser também uma questão importante. Há pouco mais de dez anos ainda se internavam pessoas com

doença mental contra a sua vontade, sem qualquer proteção legal e sem possibilidade de apelar para um órgão independente. Hoje, situações como esta estão ultrapassadas. No entanto, as pessoas com doença mental continuam a ser vítimas de muitos outros tipos de violação dos direitos humanos e de discriminação nos serviços onde são tratadas, nos locais de trabalho e na vida social em geral.

Para superar esta situação será necessário combater a ignorância e os preconceitos através da disseminação de conhecimento, promover mecanismos de proteção dos direitos humanos nos serviços de saúde mental, desenvolver a formação dos vários atores envolvidos, melhorar as políticas e a legislação de saúde mental e, finalmente, melhorar os serviços de saúde mental.

Na última década verificaram-se avanços importantes na transição dos cuidados centrados nos hospitais psiquiátricos para cuidados nos hospitais gerais, na melhoria de serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, na preparação das bases da rede nacional de cuidados continuados de saúde mental e consequente lançamento dos primeiros serviços desta rede e no desenvolvimento de uma proposta para um novo modelo de financiamento de serviços de saúde mental.

Porém, o desenvolvimento das equipas comunitárias de saúde mental e de programas de reabilitação psicossocial, que constituem os elementos-chaves de um sistema moderno, ficou muito aquém do que inicialmente estava planeado.

Com poucas exceções, a maioria dos nossos serviços, incluindo os baseados em hospitais gerais, continua a concentrar a maior parte dos seus recursos nas atividades hospitalares e a ter pouca atividade na comunidade, favorecendo modelos de cuidados há muito ultrapassados.

Programas colaborativos com cuidados primários, programas integrados para os doentes mentais graves, centros de saúde mental e programas de intervenção baseados no domicílio continuam a ter uma expressão muito modesta, em comparação com a realidade de outros países europeus.

Os programas comunitários de reabilitação psicossocial também permanecem manifestamente insuficientes e a suspensão do desenvolvimento da rede nacional de cuidados continuados de saúde mental em 2011 comprometeu significativamente o processo de desinstitucionalização, uma vez que tornou impossível a criação de muitas das estruturas planeadas para a comunidade, com todos os riscos de transinstitucionalização que estas situações sempre implicam.

Por todas estas razões, importa sobretudo assegurar que todos os departamentos de saúde mental passem a ter equipas comunitárias de saúde mental, bem como avançar decididamente na implementação da rede nacional de cuidados continuados de saúde mental.

Com vista a melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados às perturbações mentais comuns, deve ser incentivado o desenvolvimento de modelos de cuidados colaborativos entre serviços especializados de saúde mental e cuidados primários de saúde. Esta colaboração deve focar-se não apenas no tratamento de perturbações mentais comuns, mas também em programas para prevenir e responder a problemas de saúde mental de grupos vulneráveis.

Finalmente, os avanços já registados no desenvolvimento de cuidados de saúde mental para crianças e adolescentes devem ser fortalecidos.

A formação dos profissionais continua a ser um desafio relevante tanto a nível dos serviços especializados, como nos cuidados de saúde primários.

No caso dos serviços especializados, o desafio resulta especialmente da reduzida formação de psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e outros profissionais em saúde pública e em saúde mental comunitária, duas áreas fundamentais para o desenvolvimento de cuidados de saúde mental de qualidade.

Relativamente à formação dos profissionais de cuidados de saúde primários é imperioso que ela passe a assegurar uma maior capacidade de diagnóstico e terapêutica dos problemas de saúde mental do que aquela que, hoje em dia, se verifica. Todos os estudos sobre o tratamento das chamadas doenças mentais comuns (perturbações de ansiedade e depressão) mostram que os modelos mais efetivos são os que se baseiam em esquemas colaborativos passo a passo (*stepped collaborative care*). Treinar os nossos profissionais de saúde mental e de medicina geral e familiar na prestação destes cuidados em conjunto é certamente um desafio que vale a pena tomar a sério no futuro.

A produção, análise e disseminação de informação continua a estar muito aquém do desejável nos serviços de saúde mental. Esta situação é tanto mais difícil de aceitar quando, no final dos anos 80, se chegou a dispor em Portugal de um sistema nacional de informação de saúde mental de grande qualidade e eficiência, que infelizmente não resistiu às vicissitudes que acompanharam a extinção dos centros de saúde mental no princípio dos anos 90.

No que se refere à investigação, apesar dos indiscutíveis progressos verificados na capacidade de investigação de vários grupos que trabalham em áreas relacionadas com a saúde mental, estamos ainda longe de ter a massa crítica que é fundamental para uma melhoria sustentada dos cuidados de saúde mental.

A necessidade de introduzir mudanças profundas na liderança, administração e governação de serviços de saúde mental em Portugal tem sido repetidamente considerada como uma

prioridade das políticas de saúde mental, nas últimas décadas. Esperemos que a abertura, ultimamente manifestada pelo poder político, em relação à possibilidade de os departamentos de saúde mental passarem a constituir Centros de Responsabilidade e de se adotar um novo modelo de financiamento da saúde mental, conduza a uma concretização efetiva destas medidas.

Uma mudança de paradigma

No fundo, todos os desafios atrás referidos remetem para a mudança de paradigma que se tem vindo a operar na saúde mental a nível mundial.

Uma mudança que envolve a passagem de uma perspetiva centrada na exclusão do doente mental para uma perspetiva que privilegia, sobretudo, a sua integração na sociedade. Que implica a transição do modelo de cuidados centrado no hospital psiquiátrico para um modelo integrado de base comunitária. E que coloca uma ênfase crescente no apoio à autonomia das pessoas com doença mental e no reconhecimento do seu direito a terem uma palavra na escolha do seu próprio caminho, sem negar as suas diferenças.

No campo científico, o que está em jogo é a substituição do modelo biomédico estrito por uma abordagem mais abrangente, em que se tenta compreender a doença mental em função da interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Finalmente, tal como na medicina em geral, o paradigma atual na saúde mental é cada vez mais o das doenças crónicas, que exigem a gestão integrada de casos e modelos colaborativos entre cuidados especializados e cuidados primários, bem como uma preocupação crescente com a prevenção das doenças e a promoção da saúde.

Glossário breve de perturbações psiquiátricas¹

Perturbações de ansiedade

Estados patológicos caracterizados fundamentalmente por sintomas psicológicos e sintomas físicos de ansiedade, sem que haja uma causa relacionada com outra doença psiquiátrica ou com uma doença cerebral orgânica. Os sintomas psicológicos de ansiedade incluem um sentimento de apreensão dirigida ao futuro, como se algo ameaçasse a pessoa, inquietação, irritabilidade e dificuldade de concentração, enquanto os sintomas físicos podem manifestar-se através de boca seca, tensão muscular, tremor, sudação, vertigens, insónia, sintomas cardiovasculares (taquicardia, palpitações, dor precordial, acessos de calor), sintomas digestivos (cólicas abdominais, aerofagia, náuseas, vómitos), sintomas respiratórios (opressão torácica, dificuldade em respirar).

Na **perturbação de ansiedade generalizada** os sintomas de ansiedade são persistentes e não associados a quaisquer circunstâncias particulares. Os sintomas dominantes são variáveis mas incluem queixas persistentes de “nervosismo”, tremor, tensão muscular, palpitações, tonturas, etc. Medos de que possa

1 Este glossário não inclui todas as perturbações psiquiátricas, descrevendo apenas a sintomatologia dominante das perturbações mencionadas no ensaio.

acontecer algo de mal ao paciente ou aos seus familiares são frequentemente expressos. A **perturbação de pânico** caracteriza-se por uma ou mais crises de pânico inesperadas e sem ligação a circunstâncias particulares, durante as quais o doente apresenta sintomas de ansiedade aguda (por ex., opressão respiratória, palpitações e taquicardia, tremor fino, náuseas, sensações de calor e calafrios) e tem a sensação de que vai morrer ou enlouquecer. Nas **perturbações fóbicas** os sintomas de ansiedade são intermitentes e só aparecem em circunstâncias específicas. Estas podem estar ligadas a falar em público ou a outras situações de exposição social (fobias sociais), a objetos ou situações específicas, como sejam sangue, animais ou andar de avião (fobias simples), lugares ou situações donde seja difícil fugir ou obter ajuda, como sejam praças públicas, atravessar pontes, estar fora de casa sozinho (agorafobia). Nas **perturbações fóbicas** existem geralmente condutas de evitamento em relação aos objetos/situações que estimulam a reação ansiosa, e estas condutas podem interferir de forma significativa com as atividades sociais habituais da pessoa. A **perturbação obsessivo-compulsiva** é caracterizada por pensamentos obsessivos recorrentes e por compulsões. Os pensamentos obsessivos são ideias ou imagens vivenciados como invasivos e sem sentido (por exemplo, fazer mal a alguém querido). O indivíduo tenta ignorar ou suprimir os pensamentos obsessivos e reconhece que eles são um produto da sua mente e não originados por fatores externos. Os atos ou rituais compulsivos, por seu turno, são comportamentos estereotipados e repetitivos, aparentemente sem objeto, que se realizam como resposta a uma obsessão. Estas condutas têm como finalidade neutralizar ou prevenir alguns acontecimentos objetivamente improváveis, muitas vezes envolvendo danos causados pelo paciente. A ansiedade está quase sempre

presente. As obsessões e os rituais compulsivos (por ex., de limpeza) podem demorar horas e interferir significativamente na vida do indivíduo. A **perturbação de stress pós-traumático** surge como uma resposta tardia ou prolongada a um evento traumático de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica. As características típicas incluem o reviver repetido do trauma através de memórias recorrentes e invasivas do acontecimento, sonhos ou pesadelos, ansiedade intensa despoletada por acontecimentos que simbolizam ou recordam a situação traumática. É frequente um fundo persistente de sensação de afastamento face aos outros, restrição dos afetos, diminuição de interesse por atividades significativas e perda da perspetiva de futuro. Geralmente, existem também perturbações do sono, irritabilidade e respostas de susto exageradas.

Perturbações do humor

Estados patológicos que se manifestam fundamentalmente através de alterações do humor e dos afetos. Incluem as **perturbações depressivas**, a mania e a doença bipolar. Nas **perturbações depressivas** o paciente apresenta humor depressivo, perda de interesse e de prazer em quase todas as atividades habituais, perda de energia, fadiga e diminuição da atividade. Há geralmente uma atitude pessimista em relação ao futuro, podendo haver pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida. A autoestima e a autoconfiança são quase sempre reduzidas e, mesmo nas formas moderadas, algumas ideias de culpa ou inutilidade estão frequentemente presentes. Geralmente há perturbações do sono, diminuição do apetite e diminuição da libido, bem como dificuldades cognitivas. Dependendo do número e da gravidade dos sintomas, um episódio depressivo

pode ser especificado como leve, moderado ou grave. Nos casos muito graves podem ocorrer ideias delirantes de ruína, culpa ou hipocondria e alucinações de conteúdo depressivo. O quadro de mania inclui humor expansivo ou irritável, aceleração do pensamento e fuga de ideias, agitação psicomotora com envolvimento em múltiplas atividades, gastos excessivos e aumento da sexualidade. Há sempre autoestima insuflada ou grandiosidade, podendo verificar-se corte com a realidade e aparecimento de ideias delirantes de conteúdo expansivo. A **doença bipolar** caracteriza-se por variações acentuadas do humor, com crises repetidas de depressão e mania. Estas crises podem ter uma gravidade muito variável mas geralmente afetam significativamente o comportamento e as diferentes esferas da vida da pessoa e estão associadas a um aumento do risco de suicídio.

Esquizofrenia

Caracteriza-se por sintomas psicóticos que interferem de modo significativo nas áreas do pensamento, da percepção, da afetividade e do comportamento, alterando o funcionamento pessoal e social do indivíduo. As alterações do pensamento incluem ideias delirantes não sensíveis à argumentação lógica, que podem revestir características diversas (persecutórias, místicas, filosóficas, etc.), apresentando frequentemente temáticas bizarras. As alterações da percepção mais frequentes são as alucinações auditivo-verbais (ouvir vozes). É frequente algum apagamento da expressão dos afetos, podendo também aparecer discordância entre os afetos e os conteúdos do pensamento. A consciência do patológico pode estar profundamente alterada, o que dificulta muito a aderência do doente ao tratamento. Alterações do comportamento (agitação psicomotora,

negativismo, comportamentos bizarros) são frequentes. Nas formas de longa evolução predominam os chamados sintomas negativos, que incluem uma diminuição marcada das capacidades da vontade e da afetividade que levam a um empobrecimento das atividades profissionais e sociais e a um isolamento progressivo do indivíduo.

Perturbações de controlo de impulsos

Envolvem problemas de autocontrolo das emoções e de comportamentos que interferem com os direitos dos outros (p. ex., agressão, destruição de propriedade) e/ou colocam o indivíduo em conflito significativo com normas sociais ou figuras de autoridade. Este grupo inclui, entre outras, a **perturbação de oposição desafiante**, a **perturbação explosiva intermitente** e a **perturbação de conduta**. A primeira caracteriza-se por um padrão persistente de humor irritável e ressentido e por um comportamento questionador/desafiante ou de índole vingativa. A segunda manifesta-se através de explosões comportamentais recorrentes que representam uma falha no controlo de impulsos agressivos. Na terceira há um padrão de comportamento repetitivo e persistente de agressividade, no qual são violados direitos básicos de outras pessoas ou normas ou regras sociais relevantes.

Perturbação de hiperatividade e défice de atenção

Perturbação do neurodesenvolvimento, cuja sintomatologia inclui dificuldade em regular a atenção e manter a concentração, atividade motora excessiva, necessidade de estar sempre em movimento e dificuldade no controlo dos impulsos.

Perturbações psiquiátricas relacionadas com o uso de álcool

O uso de álcool pode levar a inúmeras doenças físicas (por exemplo, hipertensão, cirrose hepática, cardiopatias, neuropatias e doenças gastroesofágicas) e a diversos tipos de perturbação psiquiátrica: por exemplo, abuso de álcool, dependência de álcool, depressão, ansiedade, quadros psicóticos e confusional, demência. No **abuso de álcool** verifica-se um uso recorrente de álcool, problemas repetidos a nível de casa, trabalho, escola e vida social, associados ao álcool, e consumo em situações perigosas (por exemplo, condução automóvel). A **dependência de álcool** manifesta-se através da necessidade de ingestão de quantidades aumentadas para obter a intoxicação desejada, de síndromes de abstinência e da incapacidade de abandonar os consumos, apesar do conhecimento dos seus efeitos negativos e da redução/deterioração significativa das atividades profissionais e sociais.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association. *DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi, 2014.
- Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Janés-Lopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., Feigl, A. B., Gaziano, T., Mohafi, M., Pandya, A., Pretner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A. Z., Weinstein, C. The global economic burden of non-communicable diseases. Geneva: World Economic Forum, 2011.
- Boyd, A., Van de Velde, S., Pivette, M., Ten Have, M., Florescu, S., O'Neill, S., Caldas de Almeida, J. M., Vilagut, G., Haro, J. M., Alonso, J., Kovess-Masféty, V., EU-WMH investigators. Gender differences in psychotropic use across Europe: Results from a large cross-sectional, population-based study. *Eur Psychiatry*, 2015 Sep.; 30(6): 778-88.
- Bruffaerts, R., Vilagut, G., Demyttenaere, K., EU-World Mental Health Consortium investigators. *The Burden of Mental Disorders in the European Union. Report of "The EU Contribution to the World Mental Health (WMH) Surveys"*, 2011. Disponível em: <http://www.eu-wmh.org/PDF/BURDEN.pdf>.
- Bruffaerts, R., Vilagut, G., Demyttenaere, K., et al. Role of common mental and physical disorders in partial disability around the world. *Br J Psychiatry*, 2012; 200: 454-61.
- Caldas de Almeida, J. M., Leuschner, A., Duarte, H., Heitor, M. J., Xavier, M., Paixão, I. & Sennfelt, J. *Proposta de plano de ação para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal. Relatório da Comissão para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental*. Ed. Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/AC8E136F-50E4-44F0-817F-879187BD2915/o/relatorio-planoaccsaoservicossaudamental.pdf>.

- Caldas de Almeida, J. M., Aguilar-Gaxiola, S. & Loera, G. The burden of mental disorders: Implications for Policy. In Alonso, J., Chatterji, S. & He, Y. (eds). *The Burdens of Mental Disorders: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. Nova Iorque: Cambridge University Press, 2013: 230-243.
- Caldas de Almeida, Xavier. *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental*. 1.º Relatório. Ed. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 2013. Disponível em: http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf.
- Caldas de Almeida, J. M., Mateus, P., Xavier, M., Tomé, G. EU Joint Action on Mental Health and Well-Being: Towards Community-Based and Socially Inclusive Mental Health Care. Luxemburgo: Comissão Europeia, 2015. Disponível em: <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/WP5%20Final-2015203075843.pdf>.
- Caldas de Almeida, J. M., Mateus, P., Xavier, M., Tomé, G. EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing: Towards Community-Based and Socially Inclusive Mental Health Care – Portugal Situation Analysis. Luxemburgo: Comissão Europeia, 2015.
- Caldas de Almeida, J. M., Cardoso, G., Antunes, A., Frاسquilho, D., Silva, M., Neto, D., Saraceno, B. MH- Crisis Impact. Report 1 (Epidemiological study and qualitative study results). Lisboa: Nova Medical School, 2017-a.
- Caldas de Almeida, J. M., Cardoso, G., Antunes, A., Frاسquilho, D., Silva, M., Neto, D., Saraceno, B. MH- Crisis Impact. Report 3 (Innovative mental health policies, plans and interventions to manage and prevent the consequences of economic crisis). Lisboa: Nova Medical School, 2017-b.
- Cardoso, G., Loureiro, A., Mateus, P., Silva, M., Santana, P., Caldas de Almeida, J. Utilização de serviços de saúde mental em Portugal em tempos de crise económica. In Santana, P. (ed.). *Território e Saúde Mental em Tempos de Crise*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, Universidade de Coimbra, 2015.
- Cardoso, G., Papoila, A., Tomé, G., Killaspy, H., King, M., Caldas de Almeida, J. M. Living conditions and quality of care in residential units for people with long-term mental illness in Portugal – a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 2016 Feb. 20; 16: 34. Doi: 10.1186/s12888-016-0743-7.
- Cardoso, G., Xavier, M., Vilagut, G., Petukhova, M., Alonso, J., Kessler, R. C., Caldas de Almeida, J. M. Days out of role due to Common Physical and Mental Conditions in Portugal: Results from the WHO World Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, Open Feb. 2017; 3(1): 15-21.
- Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental. *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, Jun. 2/2004; 291(21): 2581-90.
- Direção-Geral da Saúde. *Saúde Mental em Números – 2014*. Lisboa: DGS, 2014.
- Direção-Geral da Saúde. *Saúde Mental em Números – 2015*. Lisboa: DGS, 2015.
- Direção Geral da Saúde. *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: DGS, 2017.
- Entidade Reguladora da Saúde. *Acesso e qualidade dos cuidados de Saúde Mental*. Porto: ERS, 2015. Disponível em: http://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Estudo_Acesso-e-qualidade-nos-cuidados-de-saude-mental_2015.pdf.
- Eurobarometer 58.2. *The mental health status of the European population*. Bruxelas: Comissão Europeia, 2003.
- Eurobarometer 248. *Mental health and wellbeing*. Bruxelas: Comissão Europeia, 2006.
- Eurobarometer 73.2. *Mental health*. Bruxelas: Comissão Europeia, 2010.
- European Commission. *European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing*. Bruxelas: Comissão Europeia, 2016-b. Disponível em: <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/publications>.

- Eurostat 2014. *Death due to suicide by sex*. Disponível em: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/causes-death/data/main-tables>.
- Ferrão, J. Condicionantes locais e económicas da saúde mental em contexto de crise: um roteiro para uma questão complexa. In Santana, P. (ed.). *Território e Saúde Mental em Tempos de Crise*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, Universidade de Coimbra, 2015: 4-9.
- Funk, M., Drew, N., Saraceno, B. et al. A framework for mental health policy, legislation and service development: addressing needs and improving services. *Harvard Health Policy Review*, 2005; 6: 57-69.
- Frasquilho, D., De Matos, M. G., Santos, T., Gaspar, T., Caldas de Almeida, J. M. Unemployment as a source of mental distress to individual and their family: Unemployed parent's perceptions during the economic recession. *Int J Soc Psychiatry*, Aug. 2016; 62(5): 477-86.
- Helliwell, John, F., Richard Layard, Jeffrey Sachs. *World Happiness Report 2016*. Nova Iorque: Sustainable Development Solutions Network, 2016.
- Henderson, S., Andrews, G. & Hall, W. Australia's mental health: an overview of the general population survey. *Aust N Z J Psychiatry*, 2000; 34(2): 197-205.
- Instituto Nacional de Estatística. *Índice de Bem-Estar 2004-2016*. Acessado em 3 de novembro de 2017 em: file:///Users/josecalmeida/Downloads/03IBE_2016_PT.pdf.
- Insel T. A decade of psychiatric disorders. *Nature*, 2010-a: 463.
- Insel T. Psychiatrists' Relationships With Pharmaceutical Companies. Part of the Problem or Part of the Solution? *JAMA*, 2010-b; 303(12): 1192-1193.
- Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M., Dunn, G. A brief mental health outcome scale. Reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Psychiatry*, 1995; 166: 654-9.
- Katon, W., Unützer, J. Collaborative care models for depression: time to move from evidence to practice. *Arch Intern Med*, 2006; 166: 2304-6.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., et al. Social capital, income inequality, and mortality. *Am J Public Health*, 1997; 87(9): 1491-1498.
- Killaspay, H., White, S., Wright, C., Taylor, T. L., Turton, P., Kallert, T., Schuster, M., et al. Quality of Longer Term Mental Health Facilities in Europe: Validation of the Quality Indicator for Rehabilitative Care against Service Users' Views. *PLoS One*, 2012; 7(6): e38070. Doi: 10.1371/journal.pone.0038070.
- Kovess-Masféty, V., Wiersma, D., Xavier, M., De Almeida, J. M., Carta, M. G., Dubuis, J., Lacalmonie, E., Pellet, J., Roelandt, J. L., Torres-Gonzalez, F., Moreno Kusner, B., Walsh, D. Needs for care among patients with schizophrenia in six European countries: a one-year follow-up study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, Sep. 11/2006; 2: 22.
- Kovess-Masféty, V., Van de Velde, S., Boyd, A., De Graaf, R., Vilagut, G., Haro, J., Florescu, S., O'Neill, S., Weinberg, L., Alonso, J., EU-WMH Investigators. Gender differences in mental health disorders and suicidality: results from a large European population-based study. *J Affect Disord*, Mar. 1/2015; 173: 245-54.
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry*, 2001; 158(7): 1091-1098.
- Lorant, V., Dellège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., Anseau M. Socio-economic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *American J of Epidemiology*, 2003, 157: 98-112.
- Loureiro, A., Cardoso, M. L., Almendra, R., Santana, P. Condições socio-ambientais e relação com a saúde mental auto percebida nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras. In *Território e Saúde Mental em Tempos de Crise*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, Universidade de Coimbra, 2015.
- Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde Mental – Resumo executivo*. Edição da Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Lisboa, 2008.
- Moreno, P., Levav, I., Saravanan, Y., Caldas de Almeida, J. M. El empleado del salón de belleza como agente comunitário en el control de los trastornos depresivos. *Acta Psiquiátr. Psicol. Amér. Latina*, 2003; 49(1-4): 47-56.
- Murray, C. L. & Lopez, A. D. World Health Organization. *The Global Burden Of Disease*. Ginebra: WHO, 1996.

New Economic Foundation. *National Accounts on wellbeing*. 2008. Disponível em: [https://www.unicef.org/lac/National_Accounts_of_well-being\(t\).pdf](https://www.unicef.org/lac/National_Accounts_of_well-being(t).pdf).

Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.-U., Jönsson, B., on behalf of the CDBE2010 study group and the European Brain Council. The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur J Neurology*. 2012; 19(1): 155-162.

Pita Barros, P., Matias, M. A., Moura, A. Desemprego jovem e auto percepção de saúde mental. In *Território e Saúde Mental em Tempos de Crise*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2015.

Resolução de Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/247255/details/maximized>.

Rihmer, Z. Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*, Jan. 2007; 20(1): 17-22.

Robins, L. N. & Regier, D. A. *Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study*. Nova Iorque: The Free Press, 1991.

Santana, P. *Território e Saúde Mental em Tempos de Crise*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2015.

Santana, P., Costa, C., Cardoso, G., Loureiro, A., Ferrão, J. Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. *Health & Place*, 2015; 35: 85-94.

Silva, M., Cardoso, G., Saraceno, B., Caldas de Almeida, J. A saúde mental e a crise económica. In *Território e Saúde Mental em Tempos de Crise*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2015.

Silva, M., Loureiro, A., Cardoso, G. Social determinants of mental health: a review of the evidence. *The European Journal of Psychiatry*, vol. 30, October/December 2016.

Thornicroft, G., Tansella, M. *What are the arguments for community-based mental health care?* Health Evidence Network report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003.

Vaz, S., Ramos, P., Felgueiras, J. A procura pelos cuidados de urgência de saúde mental em Portugal em tempos de crise. In *Território e Saúde Mental em Tempos de Crise*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2015.

Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A. O., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M., Borges, G., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Bunting, B., Caldas de Almeida, J. M., et al. Treated and untreated prevalence of mental disorder worldwide. In Thornicroft, G., Szmulker, K., Mueser, R. E., Drake (eds). *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Nova Iorque: Oxford University Press, 2011: 50-66.

World Health Organization. *World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization, 2001.

World Health Organization. *Organization of services for mental health*. Geneva: World Health Organization, 2003.

World Health Organization. *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options*. Geneva: World Health Organization, 2005.

World Health Organization. *Basic documents*. 45th Edition. Geneva: World Health Organization, 2006.

World Health Organization. *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: World Health Organization, 2013.

World Health Organization. *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization, 2014-a.

World Health Organization. *Mental Health Atlas*. Geneva: World Health Organization, 2014-b.

World Health Organization. *Mental health: Strengthening our response*. Fact sheet, updated April 2016. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.

Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J. M., Magalhães, P., Caldas de Almeida, J. M. Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *Int J Ment Health Syst*, Jul. 9/2013; 7(1): 19.

Ensaio da Fundação

1. **O Ensino do Português**
Maria do Carmo Vieira
2. **Economia Portuguesa: As Últimas Décadas**
Luciano Amaral
3. **Portugal: Os Números**
Maria João Valente Rosa e Paulo Chitas
4. **Justiça Fiscal**
J. L. Saldanha Sanches
5. **Difícil é Educá-los**
David Justino
6. **Autoridade**
Miguel Morgado
7. **Propriedade Privada: Entre o Privilégio e a Liberdade**
Miguel Nogueira de Brito
8. **Filosofia em Directo**
Desidério Murcho
9. **Segurança Social: O Futuro Hipotecado**
Fernando Ribeiro Mendes
10. **A Ciência em Portugal**
Carlos Fiolhais
11. **Economia, Moral e Política**
Vitor Bento
12. **Discriminação da Terceira Idade**
Sibila Marques
13. **Corrupção**
Luís de Sousa
14. **Portugal e o Mar**
Tiago Pitta e Cunha
15. **Sondagens, Eleições e Opinião Pública**
Pedro Magalhães
16. **A Televisão e o Serviço Público**
Eduardo Cintra Torres
17. **Os Atrasos da Justiça**
Conceição Gomes
18. **A Morte**
Maria Filomena Mónica
19. **Ensaio Respublicano**
Fernando Catroga
20. **O Governo da Justiça**
Nuno Garoupa
21. **Liberdade e Informação**
José Manuel Fernandes
22. **A Nova Medicina**
João Lobo Antunes
23. **A Classe Média: Ascensão e Declínio**
Elísio Estante
24. **Portugal: Dívida Pública e Déficit Democrático**
Paulo Trigo Pereira
25. **Forças Armadas em Portugal**
J. Loureiro dos Santos
26. **O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa**
Maria João Valente Rosa
27. **Matemática em Portugal: Uma Questão de Educação**
Jorge Buescu

28. **O Ensino da História**
Gabriel Mithá Ribeiro
29. **Portugal, Portugueses: Uma Identidade Nacional**
José Manuel Sobral
30. **A Crise, a Família e a Crise da Família**
Mónica Leal da Silva
31. **O Trabalho: Uma Visão de Mercado**
Mário Centeno
32. **O Futuro do Estado Social**
Filipe Carreira da Silva
33. **Pela Sua Saúde**
Pedro Pita Barros
34. **A Liberdade de Expressão em Tribunal**
Francisco Teixeira da Mota
35. **Sobre a Morte e o Morrer**
Walter Osswald
36. **A Sexualidade dos Portugueses**
Sofia Aboim
37. **Os Investimentos Públicos em Portugal**
Alfredo Marvão Pereira
38. **Parcerias Público-Privadas**
Joaquim Miranda Sarmento
39. **Portugal e a Europa: Os Números**
Maria João Valente Rosa e Paulo Chitas
40. **A Identidade Cultural Europeia**
Vasco Graça Moura
41. **Economia Paralela**
Nuno Gonçalves
42. **O Futuro da Floresta em Portugal**
João Santos Pereira
43. **Educação e Liberdade de Escolha**
Paulo Guinote
44. **Sons e Silêncios da Paisagem Sonora Portuguesa**
Carlos Alberto Augusto
45. **Migrações e Cidadania**
Gonçalo Saraiva Matias
46. **O Cancro**
Manuel Sobrinho Simões
47. **Os Portugueses e o Mundo**
Raquel Vaz-Pinto
48. **Pseudociência**
David Marçal
49. **A Sociedade Civil**
Tiago Fernandes
50. **Confiança nas Instituições Políticas**
Ana Maria Belchior
51. **Ética com Razões**
Pedro Galvão
52. **Crianças e Famílias num Portugal em Mudança**
Mário Cordeiro
53. **A Agricultura Portuguesa**
Francisco Avillez
54. **O Parlamento Português**
Jorge Fernandes
55. **Adolescentes**
Maria do Céu Soares Machado

ENSAIOS DA FUNDAÇÃO

Director: António Araújo

56. **Política Externa Portuguesa**
Tiago Moreira de Sá
57. **O Dinheiro**
Mário Coutinho dos Santos
58. **Rússia e Europa:
Uma parte do todo**
José Milhazes
59. **Portugal e o Espaço**
Manuel Paiva
60. **Política e Entretenimento**
José Santana Pereira
61. **O Futuro da União Europeia**
Eugénia da Conceição
62. **Portugal e o Atlântico**
Bernardo Pires de Lima
63. **Turismo em Portugal**
Vera Gouveia Barros
64. **A Democracia na Europa**
Catherine Moury
65. **Pessoas com Deficiência
em Portugal**
Fernando Fontes
66. **Ambiente em Portugal**
Sofia Guedes Vaz
67. **O Valor da Arte**
José Carlos Pereira
68. **Crise e Crises em Portugal**
Carlos Leone
69. **Portugal: Um Perfil Histórico**
Pedro Calafate
70. **Portugal: Paisagem Rural**
Henrique Pereira dos Santos
71. **Portugal e o Comércio Internacional**
João Amador
72. **O Euro e o Crescimento Económico**
Pedro Braz Teixeira
73. **Os exportadores portugueses**
Filipe S. Fernandes
74. **Partidos e sistemas partidários**
Carlos Jalali
75. **O sistema político português**
Manuel Braga da Cruz
76. **Futebol, o estádio global**
Fernando Sobral
77. **A Universidade como deve ser**
António M. Feijó e Miguel Tamen
78. **O Ensino Superior em Portugal**
João Queiró
79. **Qualidade da democracia em Portugal**
Conceição Pequito Teixeira
80. **Hiperactividade e défice de atenção**
Pedro Strecht
81. **Nós e os outros: o poder dos laços sociais**
Maria Luísa Pedroso de Lima
82. **A saúde mental dos portugueses**
José Miguel Caldas de Almeida
83. **As pescas em Portugal**
Álvaro Garrido
84. **Cinema e história:
aventuras narrativas**
João Lopes

70. **Portugal: Paisagem Rural**
Henrique Pereira dos Santos
71. **Portugal e o Comércio Internacional**
João Amador
72. **O Euro e o Crescimento Económico**
Pedro Braz Teixeira
73. **Os exportadores portugueses**
Filipe S. Fernandes
74. **Partidos e sistemas partidários**
Carlos Jalali
75. **O sistema político português**
Manuel Braga da Cruz
76. **Futebol, o estádio global**
Fernando Sobral
77. **A Universidade como deve ser**
António M. Feijó e Miguel Tamen
78. **O Ensino Superior em Portugal**
João Queiró
79. **Qualidade da democracia em Portugal**
Conceição Pequito Teixeira
80. **Hiperactividade e défice de atenção**
Pedro Strecht
81. **Nós e os outros: o poder dos laços sociais**
Maria Luísa Pedroso de Lima
82. **A saúde mental dos portugueses**
José Miguel Caldas de Almeida
83. **As pescas em Portugal**
Álvaro Garrido
84. **Cinema e história: aventuras narrativas**
João Lopes